Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens $2^1/_2$—3 Bogen. Preis vierteljährlich 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 11. 16. März 1897 Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstrasse 70. 44. Jahrgang.

Originalien.

Aus der kgl. Universitäts-Augenklinik in München.

Mittheilungen über 400 Extractionen des Altersstaars, ausgeführt durch Herrn Geheimrath Professor v. Rothmund an Kranken der Universitäts-Augenklinik zu München.

Von Dr. *Ebner*, kgl. Assistenzarzt I. Classe, als Assistent commandirt zur Klinik.

In Nachstehendem beabsichtigen wir keineswegs, die grosse Zahl der Arbeiten zu vermehren, die an der Hand ausgewählter, glänzender Resultate die Staarextraction ohne oder die mit Iridektomie als die einzig richtige erklären. Denn dass bei all diesen Resultaten neben persönlicher Operationskunst auch dem persönlichen Glück eine gewisse Rolle zukommt, erscheint doch kaum zweifelhaft.

Geheimrath v. Rothmund hat in den nunmehr nahezu 50 Jahren seiner Thätigkeit als Augenoperateur alle Methoden der Staarextraction an vielen Hunderten von Kranken ausgeübt und sich seit Bekanntwerden der peripheren Linearextraction nach Gräfe mit immer steigender Vorliebe dieser zugewandt, die er seit 1883, freilich mit gewissen Modificationen, fast allein vornimmt.

v. Rothmund hat also sowohl in der sog. vorantiseptischen Zeit, wie unter dem Carbolspray, und endlich in den mehr und mehr der Aseptik sich zuwendenden letzten Jahren dieselbe Methode ausgeführt und dürfte ein Vergleich der durch diese eine Hand gewonnenen Resultate nicht uninteressant sein.

Bevor ich aber die Ergebnisse dieser Zusammenstellung anführe, sei mir gestattet, das jetzt an der hiesigen Klinik geübte Verfahren vor, während und nach der Operation in Kürze zu schildern.

Am Abend vor der Extraction werden die Lider und deren Umgebung mit Seife gereinigt, die Lidränder mit in Oxycyanid 1 : 1000 — seit jüngster Zeit lediglich in Borsäurelösung — getränkten Wattebäuschchen gründlich abgerieben und endlich der Bindehautsack mit derselben Lösung ausgespült. Ueber Nacht bleibt das Auge mit Borläppchen verbunden und unmittelbar vor der Operation wird die Abspülung wiederholt.

Alle Mikroorganismen von der Conjunctiva zu entfernen, gelingt ja niemals. Es ist aber auch, wie Bach experimentell gezeigt hat, die Gefahr seitens der im Bindehautsack befindlichen Bacterien bei Weitem nicht so gross, wie die bei Anwendung nicht vollständig reiner Instrumente.

So wird auch in hiesiger Klinik das Hauptaugenmerk gerichtet auf Sterilisirung der Instrumente in kochender schwacher Sodalösung, während die Verbandstoffe durch strömenden Dampf keimfrei gemacht werden. Die Schärfe der Instrumente wird dadurch, zumal da die Messerchen etc. durch Einwickeln der Klinge in Watte vor Beschädigung durch Aneinanderstossen geschützt werden, in keiner Weise beeinträchtigt. Aus dem Sterilisationsapparat kommen die Instrumente in absoluten Alkohol und werden unmittelbar vor dem Gebrauch nur noch in Borlösung abgespült.

Nach Vollendung des Eingriffes wird das Operationsfeld mit durch Eis gekühlter Oxycyanidlösung bespült (um Blutcoagula etc. zu entfernen) und beide Augen mit den direct aus der Cassette des Sterilisationsapparates entnommenen Verbandstoffen verbunden.

Die Extrahirten bleiben 5—6 Tage im Bett und können dann Tags über im Lehnstuhl sitzen, wobei das nicht operirte Auge frei bleibt. In den ersten Tagen erhalten die Kranken nur flüssige bezw. Kost bei der sie nicht zu kauen brauchen. Der Verband wird täglich bei der Morgenvisite gewechselt, aber bei normalem Verlauf keinerlei Spülung vorgenommen.

Was die Methode betrifft, so macht v. Rothmund, wie Eingangs bemerkt, in der Regel die Extraction nach oben mit Gräfe'schem Messer, so zwar, dass Ein- und Ausstich in der Sklera, die Mitte des Schnittes im Hornhautrand liegt, gewöhnlich mit Bildung eines schmalen Bindehautlappens. Die häufigen Wundsprengungen, die Czermak als Folgen des Schnittes mit Bindehautlappen erwähnt, konnten hier nicht beobachtet werden. Dieser üble Zufall kam bei den 400, der Statistik zu Grunde liegenden Fällen nur dreimal vor und zwar einmal nach Extraction nach unten ohne Bindehautlappen, 13 Tage nach der präparatorischen Iridektomie in Folge Pressens, als behufs Extraction die Lidsperre eingelegt war. Dieser Fall ist auch noch insofern bemerkenswerth, als er der einzige ist, bei dem die Extraction in Narkose ausgeführt werden musste, während bei allen übrigen locale Anaesthesie mit 2 proc. Cocaïnlösung in Anwendung kam. Der Mann, ein Paralytiker mit beiderseits reifer Katarakt, presste jedesmal, auch als in noch unvollständiger Narkose cystitomirt war, derart, dass der Kern sofort förmlich aus der Wunde sprang, ohne Glaskörperverlust. Heilung reizlos. V.: R. = $^1/_6$, L. = $^1/_5$.

Nach Ausführung des Schnittes wird möglichst schmale Iridektomie angelegt.

Die Kapseleröffnung wird gewöhnlich mit dem Cystitom gemacht. Nur bei Kapselverdickung wird die Kapselpincette angewendet. Hiebei wurde, wie ich als Curiosum nebenbei erwähnen möchte, zweimal die Linse in toto mit Kapsel entbunden.

Der Kern wird durch leichten Druck mit Kautschuklöffel in der Gegend des unteren Randes der Linse, die Corticalis nach Herausnahme der Lidsperre durch Streichen mit dem Unterlid entfernt.

Die Lappenextraction ohne Iridektomie wendet v. Rothmund in der Regel nur an bei jüngeren, gesunden Leuten mit guter Function und wenn ein Auge bereits mit Erfolg extrahirt ist. Nach aussen mit Iridektomie (modificirte Critchett'sche Extraction) extrahirt v. Rothmund weiche und traumatische Staare, sowie Katarakta accreta. Die Extraction nach unten wird ausgeführt, wenn der Patient nicht nach unten schauen kann und bei sehr tiefliegenden Augen.

In der Zeit vom Mai 1890 bis Juli 1896 — mit Ausnahme der Monate August und September — machte Geheimrath v. Rothmund selbst im Ganzen 458 Extractionen des Altersstaars. Von diesen sind in chronologischer Reihenfolge sämmtliche Fälle für die folgende Statistik benützt, in denen das Resultat der Operation festgestellt ist. Zwei mit Erfolg Extrahirte starben kurz nach der Operation in der Klinik, der 68jährige S. am vierten Tag in Folge von Apoplexie, die 57jährige Frau P. an unstillbarer Epistaxis. 56 Fälle, bei denen auch in der Nach-

behandlung keine Complication auftrat, wurden aus äusseren Gründen ohne Sehprüfung entlassen und stellten sich auch später nicht wieder ein.

Die bei den übrigen 400, von denen 25 complicirt waren — 10 mit Maculae corneae, 6 mit Glaukoma chronicum, 5 mit Chorioiditis disseminata, bezw. centralis und Glaskörpertrübungen, 3 mit Glaskörperverflüssigung, 1 mit Netzhautablösung — erzielte Sehschärfe vertheilt sich folgendermaassen:

1.	$^2/_3$	$^1/_2$	$^1/_3$	$^1/_4$	$^1/_5$	$^1/_6$	$^1/_7$	$^1/_8$	$^1/_9$	$^1/_{10}$	$^1/_{12}$	$^1/_{20}$	$^1/_{30}$	$^1/_{60}$	$^1/_{200}$	Handbewegungen	$\frac{1}{\infty}$	0
4	10	31	39	35	27	35	15	21	8	29	43	37	15	23	6	12	3	7

(Die Prüfung wurde mit Fernproben vorgenommen.)

Rechnen wir, wie üblich, die vollen Erfolge bis $^1/_{10}$, so ergeben sich also 254 oder 63,5 Proc. solche und 1,7 Proc. Verluste. Letztere betrafen Phthisis bulbi 5mal im Gefolge von Hornhautnekrose, 2 mal nach schwerer Cyklitis.

Allerdings erreichen wir mit diesen Zahlen nicht die beneidenswerthen Resultate, die z. B. in den Statistiken von Haab und Knapp verzeichnet stehen. Hiebei ist aber erstlich zu bemerken, dass in unserer Zusammenstellung, um ein möglichst gleichmässiges Substrat zu haben, lediglich die Alterskatarakt berücksichtigt ist, während sonst meist auch die angeborenen und die Schichtstaare mit einbezogen werden.

Weiter ist in Betracht zu ziehen, dass die hier zur Extraction kommenden Fälle sich hauptsächlich aus der ländlichen Bevölkerung rekrutiren, die in Bezug auf Sehschärfe äusserst genügsam sind. Oft genug kann man hören: «Wenn ich nur meinen Weg und Steg finde, weiter will ich nichts.» So kommt es, dass sie, vielfach auch um die Kosten einer zweiten Hieherreise zu sparen, sich nicht wieder sehen lassen. Während z. B. Haab $^3/_4$ seiner Extrahirten später wieder untersuchen konnte, zeigten sich von denen unserer Klinik nur 24 Proc. noch einmal. Bei allen Uebrigen also sind wir auf die Verwerthung der Notiz bei der Entlassung angewiesen. In wie weit so kurz nach der Operation, abgesehen von den etwa zurückgebliebenen Corticalresten, die mit der Zeit mehr oder weniger resorbirt werden, die Untersuchungsergebnisse durch den Wundastigmatismus beeinträchtigt werden, erhellt aus den ophthalmometrischen Messungen. Dolganoff fand 9—15 Tage nach der Extraction einen Astigmatismus von 2,0—8,0, — im Durchschnitt 4,9 Dioptrien, während der Grad des stationären Astigmatismus, nach ca. 3 Monaten gemessen, schwankte zwischen 0,5 und 5,5, im Durchschnitt 2,6 Dioptrien. Wir fanden bei 60 Untersuchten bei der Entlassung, ca. 14 Tage nach der Extraction, 1,5—10,0 Dioptrien, im Durchschnitt 4,7 Dioptrien Astigmatismus. Leider sind unsere Untersuchungen über die weiteren Veränderungen des Astigmatismus nach der Staaroperation noch nicht so weit gediehen, dass sie hier Platz finden könnten. Sicher ist, dass die Schrumpfung der Operationsnarbe mindestens 2 Monate dauert, demnach erst nach dieser Zeit ein definitives Urtheil über die erlangte Sehschärfe zu fällen ist. Nachdem wir aber hiezu aus den angeführten Gründen nicht in der Lage waren, musste natürlich die Zahl der guten Erfolge hinter denen anderer, in dieser Beziehung glücklicherer Operateure zurückstehen.

In welcher Weise sich bei den 45 die später noch einmal untersucht werden konnten, ohne weiteren Eingriff die Sehschärfe verändert zeigte, ergibt sich aus Folgendem. (Als mittelmässige Erfolge sind V = $^1/_{11}$—$^1/_{30}$, als ungenügende $^1/_{60}$—$^1/_{200}$ bezeichnet.)

Voller Erfolg noch weiter (um das Doppelte und Dreifache) verbessert: 9 mal.

Voller Erfolg gleich geblieben: 2 mal.

Mittelmässiger und ungenügender zu vollem verbessert 19 mal.

Mittelmässiger u. ungenügender zu nicht vollem verbessert 4 mal.

Ungenügender gleich geblieben 5 mal.

Voller etwas verschlechtert 2 mal.

Verschlechtert zu ungenügendem durch Iritis 4 mal.

Verbesserung zu vollem Erfolg (darunter $^1/_{12}$ zu 1; $^1/_{30}$ zu $^1/_5$) ist also in 42 Proc. eingetreten.

Aus dieser Betrachtung ergibt sich auch, dass ein frühzeitiger weiterer Eingriff nach der Extraction nicht geboten erscheint. v. Rothmund machte nur in Ausnahmsfällen, auf Andringen der Patienten, die Discission schon 4 Wochen nachher; gewöhnlich lässt er mehrere Monate verstreichen. Die Discission in der Regel an die Extraction unmittelbar anzuschliessen, erscheint zum mindesten überflüssig.

v. Rothmund macht die Discission des Nachstaars in der Regel per corneam mit Discissionsnadel; per skleram — Einstich 6 mm vom Hornhautrand — wird nur bei sehr fester Secundärkatarakt discidirt. Andere, wie Da Gama Pinto, machen den Einstich bei der hinteren Discission 6—8 mm vom Hornhautrand mit Gräfe'schem Messer. Da nun die Retina mit ihren nervösen Elementen ca. 6,5 mm von der Hornhaut endigt, so wird durch diese Operation wohl in vielen Fällen eine Netzhautverletzung gesetzt. Dass hiebei durch den Zug der schrumpfenden Narbe eine Ablatio retinae entstehen kann, ist bekannt. Nun hat aber jüngst Herrnheiser experimentell nachgewiesen, dass schon bei geringfügigen Verletzungen der Netzhaut nicht selten nicht nur in der Gegend der Wunde, sondern auch zwischen ihr und der Papille degenerative Veränderungen der Netzhaut, ja sogar des Opticus, nicht nur der operirten, sondern auch der nicht operirten Seite auftreten. Herrnheiser kommt zu dem Schluss, dass jede Verletzung der Netzhaut eine dauernde Schädigung derselben bedeute, deren Folgen unberechenbar sind. Es ist demnach auch bei der hinteren Discission ein Zurückverlegen des Einstiches über 6,5 mm von der Hornhaut besser zu vermeiden. Aber auch sonst dürfte die hintere Discission, wegen der auf die Verletzung des Corpus ciliare häufig folgenden langdauernden cyklitischen Reizung, auf die Fälle zu beschränken sein, in denen durch eine andere Operation der Zweck nicht erreicht werden kann.

Was den Effect der 46 Discissionen betrifft — sämmtlich per corneam — die v. Rothmund an den in diesen 6 Jahren Extrahirten ausgeführt, so stellt sich derselbe folgendermaassen dar:

Volle Erfolge noch weiter verbessert . 4 (8,65 Proc.)
„ „ gleich geblieben . . . 1 (2,15 „)
Ungenügende zu vollen verbessert . . 32 (69,8 „)
Misserfolge zu mittelmässigen verbessert 4 (8,65 „)
„ nicht verbessert . . . . 4 (8,65 „)

Davon wurde ein Fall durch Iridotomie auf $^1/_8$ gebracht.

In zwei von diesen Fällen war im Gefolge der Discission Cyklitis aufgetreten, während die übrigen ohne Reizung heilten. Wenn einerseits der hohe Procentsatz der guten Resultate (Verbesserungen überhaupt 87 Proc.) zu diesem, bei aseptischem Verfahren sicher ungefährlichen Eingriff ermuntern muss und eine Verschlechterung nur als ein unglücklicher Zufall zu bezeichnen ist, so dürfte es andererseits doch als ein verantwortungsvolles Wagniss angesehen werden, eine durch die Extraction erzielte brauchbare Sehschärfe noch einem solchen Zufall auszusetzen. v. Rothmund discidirt bei gutem Erfolg der Extraction auch nur auf dringendes Verlangen des Patienten, dem das Risiko, dem er sich aussetzt, vorgestellt ist.

Secundärglaukom wurde in unseren Fällen nach Discission nicht beobachtet. Das relativ häufige Vorkommen dieser Complication nach einfacher Extraction — Knapp erwähnt z. B. unter 403 Discissionen 15, Schöler unter 30 Discissionen 1 Glaukom — dürfte wohl auch in etwas für die grössere Sicherheit der combinirten Methode bei im Uebrigen nicht ganz gesunden Augen sprechen.

In einem unserer Fälle, bei dem trotz aller angewandter Mittel die Reizung nicht weichen wollte, wurde ein vom Glaskörper durch die Cornealwunde heraustretendes Glaskörperfädchen festgestellt, nach dessen Entfernung mit Pincette sofort jede Reizung verschwand. Dieselbe Beobachtung ist auch in dem Bericht aus der Haab'schen Klinik erwähnt.

Die Iridotomie wurde 12 mal ausgeführt und hiedurch in 4 Fällen Misserfolge zu vollen, 3 zu ungenügenden verbessert. Ein Fall endete nach Hornhautnekrose mit Phthisis bulbi. In den übrigen Fällen wurde durch erneute Cyklitis ein Operationseffect vereitelt.

Wenn ich nach dieser Abschweifung zu einem, ordnungsgemäss erst später zu erwähnenden, Abschnitt nunmehr die wäh-

rend der Operation eingetretenen Zufälle erörtern soll, so ist anzuführen, dass einmal beim Herausziehen der Iris durch plötzliche Bewegung Seitens des sehr unruhigen Patienten Iridodialyse entstand mit ziemlich heftiger Blutung (V = $^1/_{30}$). — Ausserdem trat Blutung nach der Iridektomie, so dass die Vollendung der Extraction verschoben werden musste, 7 mal ein, ohne dass hiedurch eine Beeinträchtigung des Operationsergebnisses resultirte.

Absichtlich wurde die Extraction in zwei Zeiten, d. h. mit vorangeschickter Iridektomie gemacht in 24 Fällen, und zwar in 4 Fällen, in denen das andere Auge amaurotisch oder schwachsichtig war und bei decrepiden Leuten, 13 mal bei unreifer Katarakt, wobei nach der Iridektomie die Linsenmassage mittelst Kautschucklöffel vorgenommen wurde, 4 mal bei Katarakta accreta und 3 mal bei hypermatura.

Die durch diese zweizeitige Operation erzielten Resultate zeigt folgende Zusammenstellung:

$^1/_2$	$^1/_3$	$^1/_4$	$^1/_5$	$^1/_6$	$^1/_8$	$^1/_9$	$^1/_{10}$	$^1/_{12}$	$^1/_{18}$	$^1/_{30}$	$^1/_{200}$	0
3	1	2	1	3	1	1	1	3	3	2	2	1

Es wurde also in 57 Proc. voller Erfolg erzielt, was, wenn überhaupt aus so wenig Fällen eine Schlussfolgerung statthaft wäre, wenig empfehlend für die zweizeitige Operation wäre. Betrachten wir aber die nicht vollen Erfolge näher, so finden wir 5 Fälle, die mit Hornhaut- oder Glaskörpertrübungen, mit hochgradiger Myopie und Chorioidealatrophie complicirt waren, und bei denen mehr nicht erreicht werden konnte. Sehen wir also davon ab, so haben wir 68,4 Proc. volle Erfolge. — 4 mal trat Iridocyklitis auf, einmal war V = $^1/_{12}$ durch Secundärkatarakt zu erklären — also Fälle, die durch Nachoperation noch verbessert werden könnten. In einem Fall entstand nach präparatorischer Iridektomie und Linsenmassage Hornhautnekrose und Phthisis bulbi.

Bei Cystitomanwendung luxirte sich 6 mal die Linse und musste mit Gräfe'schem Löffel entfernt werden. In einem dieser Fälle wurde beim Versuch, dies zu bewerkstelligen, in Folge einer raschen Bewegung des Patienten die Linse noch tiefer in den Glaskörper versenkt.

Die Kapselpincette kam 11 mal zur Anwendung (73 Proc. volle Erfolge). Ein Mal trat Drehung der Linse auf, so dass der Kern mit dem unteren Rand zuerst in der Wunde erschien — ohne Glaskörperverlust.

Ausser in den eben erwähnten Fällen von Linsenluxation kam Gräfe's Löffel zur Herausbeförderung des Kerns zur Anwendung bei Katarakta accreta, ferner bei einfacher Katarakt, wenn der Kern sich nicht einstellte, im Ganzen 19 mal. Hiebei vertheilte sich die erzielte Sehschärfe folgendermaassen:

$^1/_2$	$^1/_3$	$^1/_4$	$^1/_5$	$^1/_6$	$^1/_9$	$^1/_{10}$	$^1/_{12}$	$^1/_{18}$	$^1/_{30}$	$^1/_{60}$	$\frac{1}{\infty}$
2	1	1	2	1	1	1	3 1 Glaskörpertrübungen 2 Secundär-Katarakt	1 Hornhauttrübungen	1 Cyklitis	2 1 Cyklitis 1 Secundär-Katarakt	3 3 Cyklitis

Sowie sich bei der Operation der Glaskörper vorbauchte, wurde ohne Rücksicht auf etwa noch zurückgebliebene Corticales sofort Verband angelegt und so in den meisten Fällen ein Verlust verhindert. In excessiver Menge trat Glaskörperverlust nur einmal bei Verflüssigung auf und war von Phthisis bulbi gefolgt. In den übrigen 12 Fällen blieb dieser üble Zufall, da er nicht bedeutend war, ohne Nachtheil für das Operationsresultat. Wie viel Glaskörper ein Auge ohne wesentliche Störung verlieren kann, zeigt ein Fall in dem bei Herausbeförderung der luxirten Linse circa $^1/_4$ des verflüssigten Glaskörpers abfloss, dann heftige Iritis auftrat und der durch Iridotomie noch V = $^1/_8$ erhielt.

Wenden wir uns nun zu den Störungen in der Nachbehandlung, so ist als die gefährlichste die Infection zu erwähnen, die unter dem Bild einer eitrigen Hornhautinfiltration, Panophthalmie oder einer Iridocyklitis auftritt.

Ersteres zeigte sich in 14 Fällen. Sobald die geringste Infiltration der Wunde wahrzunehmen war, wurde sofort durch energische Cauterisation, Spülung mit Oxycyanid, warme Sublimatumschläge — Oxycyanid eignet sich wegen besonders unter feuchtwarmem Verband gern auftretender Ekzeme weniger hiezu — Einträufeln von Atropin entgegengearbeitet. In 10 Fällen wurde so Stillstand des Processes erzielt und davon 2 sogar zu vollem Erfolg gebracht, während 7 Fälle S = $^1/_{30}$—$^1/_{200}$, einer $\frac{1}{\infty}$ behielten. 4 Fälle endeten mit Phthisis bulbi.

Iridocyklitis trat 19 mal ein, davon 2 mal nach der Entlassung. In 2 Fällen war der Verlauf äusserst schleichend und bildete Phthisis bulbi den Ausgang. 6 wurden — einer ohne Nachoperation, 3 durch Iridotomie, 2 durch Discission zu vollem Erfolg gebracht. 3 kamen zu mittelmässiger Sehschärfe, die übrigen zu S = $^1/_{60}$ — $\frac{1}{\infty}$. Die Therapie bildete Atropineinträufelung, warme Sublimatumschläge, Ungut. cin. an Stirn und Schläfe.

In einem Fall entstand in hochgradig myopischem Auge mit Netzhautablösung nach der Extraction Secundärglaukom (V = Grössere Gegenstände in der Richtung nach unten).

Einmal wurde nach der Extraction Blutung in den Glaskörper festgestellt.

Unter den 400, dem Berichte zu Grunde liegenden Extractionen befinden sich 18 Skleralextractionen mit Iridektomie nach unten, 5 Extractionen nach aussen, 6 Lappenextractionen nach unten, 1 nach oben. Es bleiben demnach 370 Linearextractionen nach oben mit 237 vollen Erfolgen und 6 Verlusten. — (Ein Verlust trifft auf eine Extraction nach unten.) Entnehmen wir den früheren Berichten aus der Augenklinik von Dantone, dann von Eversbusch und Pemerl ebenfalls die Linearextractionen des Altersstaars nach oben, so ergibt sich Folgendes:

Zeitraum	Gesammtzahl d. Extractionen	Art der Extraction	Zahl	Volle Erfolge $V = 1 - \frac{1}{10}$	Misserfolge $V = \frac{1}{200} - \frac{1}{\infty}$	Verluste
1855—67	698	Lappen-Richter Beer	396	72,1 %	7,6 %	12.2 %
1868	—	Linear oben	170	80,0 %	11,8 %	4,1 %
1868—83	1420	„ „	908	71,9 %	10,4 %	4,2 %
Mai 1890 –Juli 1896	400	„ „	370	64,3 %	5,4 %	1,6 %

Was die verhältnissmässig hohe Zahl der vollen Erfolge in der ersten Periode der Linearextraction nach oben betrifft, so ist diese darauf zu beziehen, dass damals die Untersuchung nur mit Nachproben ausgeführt wurde und zu den vollen Erfolgen die, welche Jg. 1—12 lasen, gerechnet wurden. Dass hiebei zu hohe Zahlen erzielt werden müssen, zeigt auch ein Blick in unsere jetzige Statistik, in der wir z. B. bei S = $^1/_{60}$ Lesen von Jg. 5 finden.

Eclatant ist die Abnahme der Verluste und Misserfolge in letzter Periode, was zweifellos bei ziemlich gleichbleibenden anderen Factoren auf die von da an eingeführte Sterilisirung der Instrumente und Verbandstoffe zu beziehen ist.

Wenn ich nunmehr noch einige Worte über die zur Stellung der Prognose verwerthbare Functionsprüfung anführen darf, so zeigt unsere Zusammenstellung, dass bei positivem Ausfall der gebräuchlichen Untersuchungsmethoden die Vorhersage im Allgemeinen meist günstig ist, dass man aber vor Ueberraschungen nicht sicher ist. Knapp erwähnt z. B., dass auch bei vollkommen prompter Lichtlocalisation eine faltige Abhebung der Netzhaut vorhanden sein kann. So ergab sich auch in einem unserer Fälle mit normaler Functionsprüfung nach der Extraction eine bestehende Ablatio. Andererseits wurden in 5 Fällen gar keine Farben (Tuchquadrate) erkannt (bei einfach maturer Katarakt), während sich nach der Operation gute Sehschärfe und Mangel jeglicher Complication feststellen liess. Dass bei Katarakta hypermatura die Prognose etwas weniger günstig ist, dafür spricht, dass wir unter 39 mit dieser

Staarform Operirten nur 18 volle Erfolge (46,2 Proc.) erzielten. Bei 10 Fällen von Katarakta accreta ergaben sich 5 volle Erfolge.

Zum Schluss erübrigt mir noch, Herrn Geheimrath v. Rothmund für die Ueberlassung des interessanten Materiales meinen besten Dank auszudrücken.

Ueber Polyneuritis senilis.

Von Dr. *Oskar Stein,* Nervenarzt in Nürnberg.

In dem weiten Rahmen der Polyneuritis hat das klinische Bild der multiplen neuritischen Erkrankung des Seniums bisher wenig Beachtung gefunden. Oppenheim ist derjenige, der unter dem Titel: «Ueber die senile Form der multiplen Neuritis» im Jahre 1893 das Krankheitsbild der senilen Form auf Grund von 6 genau beobachteten Fällen fixirte und als einen wohlcharakterisirten, mit eigenartigen Zügen ausgestatteten Symptomencomplex in die Lehre der multiplen Nervenentzündung einfügte. Schon vorher (1887) hatte Oppenheim im Verein mit Siemerling, gelegentlich der Untersuchungen über die Degeneration der peripheren Nerven bei Tabes (Archiv für Psychiatrie, Band 18), bei marastischen Kranken Degeneration peripherer Nerven nachgewiesen.

Bei 6 Individuen (5 Männer und 1 Frau), die sich in einem Alter von 70—82 Jahren befanden, durchwegs an Arteriosklerosis litten und mehr oder weniger abgemagert waren, ohne dass man jedoch von Marasmus sprechen konnte, entwickelten sich in langsam zunehmender Intensität Störungen der Beweglichkeit und des Gefühls an den oberen und unteren Extremitäten. Betroffen waren vor Allem die Hände und Füsse, und am meisten die Finger und Zehen. Die Erkrankung nahm einen durchaus schleichenden Verlauf. Schmerzen fehlten ganz oder waren nur geringfügig. Dagegen wurde meistens über Paraesthesieen, namentlich sehr heftiges Jucken geklagt. Keine Temperatursteigerung. Die objective Untersuchung zeigte, dass neben einer allgemeinen Schwäche degenerative Lähmungszustände in einzelnen Nervengebieten der oberen und unteren Extremitäten vorhanden waren. Betroffen waren die kleinen Handmuskeln und an den unteren Extremitäten vorwiegend das Peroneusgebiet, auch wohl das des Tibialis posticus. Die Lähmung war meistens keine ganz complete. Bald war sie an den oberen, bald an den unteren Gliedmassen stärker ausgeprägt, nur in einem Falle waren ausschliesslich die Beine betroffen. Empfindlichkeit der Nerven und Muskeln auf Druck zwar vorhanden, aber nicht erheblich. Kniephänomen in allen Fällen bis auf einen erloschen. Gefühl immer nachweisbar herabgesetzt, meist nur an den Enden der Extremitäten, gewöhnlich Hypaesthesie, nicht vollständige Anaesthesie. Hirnnerven frei, Blasen- und Mastdarmfunction nicht beeinträchtigt. Keine Ataxie. Geringes Zittern, das wohl als Ausdruck der Schwäche und Symptom des Seniums betrachtet werden konnte. Verlauf immer chronisch. Tendenz zu Remissionen; in zwei Fällen wurde eine an Heilung grenzende, in einem dritten bedeutende Besserung erzielt. In einem Falle trat Verschlimmerung ein, in den übrigen blieb der Zustand stationär, resp. der Verlauf konnte nicht weiter verfolgt und der definitive Ausgang nicht festgestellt werden.

Oppenheim weist dann noch speciell auf diejenigen Momente hin, die der senilen Form ein eigenartiges Gepräge verleihen. Es sind das folgende:

1. Das Fehlen der bekannten aetiologischen Momente, der Intoxication und Infection.
2. Die ausgesprochene Chronicität des Verlaufes.
3. Das Fehlen oder die Geringfügigkeit der sensiblen Reizerscheinungen. Ueber Schmerzen wurde entweder überhaupt nicht geklagt, oder sie waren sehr mässig. Auch war die Empfindlichkeit der Nerven gegen Druck gewöhnlich nicht sehr ausgeprägt.
4. Die unvollständige Entwickelung der motorischen und sensiblen Ausfallserscheinungen. Die Motilitätsstörung steigerte sich nur selten bis zur vollständigen Lähmung, ebenso war die Anaesthesie meistens keine absolute.
5. Das Verschontbleiben der Hirnnerven.

Indem Oppenheim auf 4 und 5 weniger Gewicht legt, betont er speciell noch die relative Gutartigkeit des Processes, der eine ausgesprochene Neigung zur Rückbildung besitzt.

«Es ist das gewiss eine recht auffällige Thatsache, namentlich, wenn wir annehmen, dass die Arteriosklerose die Grundlage des Leidens bildet.»

Soweit Oppenheim's wie immer klare und präcise Darstellung. Es wird sich im Folgenden, an der Hand dreier einschlägiger Fälle zeigen, dass die multiple Neuritis des Greisenalters auch in einer wesentlich von diesem Bilde verschiedenen Form, die bisher noch nicht beschrieben worden ist, auftreten kann.

I. R., verwittweter Privatier, 60 Jahre alt, aufgenommen am 5. VI. 1893.

Keine besonderen Krankheiten in früheren Jahren. Kein Potus, Luës negirt. Vor Jahren stark juckender Bläschenausschlag am Körper, der in einigen Tagen von selbst verging. Hat wissentlich niemals eine Intoxication oder Infection erlitten.

Seit einem Jahre Schmerzen, pelziges Gefühl, Ameisenlaufen, oft sehr schmerzhaft im rechten Unterschenkel und Fuss, speciell Fusssohle. Schwäche- und Kältegefühl, Schwere im rechten Bein. Auch hat er seit dieser Zeit Urinbeschwerden. Appetit und Schlaf gering, Stuhl verstopft. Seit 14 Tagen heftige reissende Schmerzen im rechten Ober- und Unterschenkel, am stärksten längs des Schienbeins. (Wegen dieser gewöhnlichen Ischias kommt er in Behandlung.)

Mässig genährter, mittelgrosser, etwas schrullenhafter Mensch. Beine mager, aber nirgends eine Spur von Atrophie. Motorische Kraft gut; keine Spur von Ataxie, kein Schwanken bei Augenschluss. Elektrische Reaction der Muskeln und Nerven völlig normal. Kann ohne wesentliche Ermüdung 1—2 Stunden marschiren. Nur die von der Ischias betroffenen Nerven etwas druckempfindlich, Musculatur nirgends. Hypaesthesie am rechten Unterschenkel von Handbreite über dem Knöchel hinten, von der Mitte des Unterschenkels vorne beginnend, am stärksten an der Fusssohle, speciell Ballen und Zehen. Berührungs- und Schmerzgefühl, desgleichen elektrocutane Sensibilität herabgesetzt, nirgends erloschen, Lage-, Muskel- und Temperatursinn völlig normal. Muss beim Uriniren lange pressen, kann nicht im Strahl uriniren. Urin A.- und S.-frei. Potenz «nicht mehr viel». Hirnnerven, speciell Pupillenreaction völlig frei, ebenso das linke Bein und beide Arme: motorische Kraft der Arme sehr erheblich, Sensibilität und Reflexe normal, kein Tremor. Patellarreflex links normal, rechts völlig erloschen, Hautreflexe normal. Prostata hart, mässig hypertrophisch, keine Strictur. Allgemeine Arteriosklerose, linker Ventrikel mässig hypertrophirt.

Unter geeigneter Behandlung verging in einigen Wochen die Ischias, die alten Klagen blieben aber bestehen, ohne dem Patienten übermässige Beschwerden zu machen. Ich traf ihn lange Zeit fast täglich bei jedem Wetter auf seinem gewohnten Spaziergang um die Stadt, zu dem er bei seinem Tempo mindestens 2 Stunden gebrauchte. Nach $1^1/_2$ Jahren las ich seine Todesanzeige im Blatte. Was ich auf Befragen erfuhr, klingt recht romantisch. Trotz des oben erwähnten, nicht unerheblichen Mangels, hatte der alte Herr den Muth, noch einmal sich in Hymen's Fesseln schlagen zu lassen. Während des Hochzeitsschmauses erkrankte er plötzlich und starb wenige Stunden darnach, angeblich an Brechdurchfall. Als ich von seinem Tode erfuhr, war er schon begraben.

II. A. S., verwittweter Privatier, 68 Jahre alt, aufgenommen am 20. VII. 1893.

Für diesen, wie für so manchen anderen Fall, bin ich Collegen Voit zu Dank verpflichtet.

Patient, ein durch seinen unverwüstlichen Humor sehr bekannter und beliebter Herr, litt früher an einem Leberleiden, wahrscheinlich Cholelithiasis, das durch 12maligen Gebrauch von Karlsbad beseitigt wurde. Er hat nie getrunken, über das bei uns übliche Durchschnittsmaass hinaus, Schnaps überhaupt nicht, war nie syphilitisch, hat niemals, früher oder im späteren Alter, eine Intoxication oder eine Infection erlitten, seiner Angabe nach. Seit ca. 1 Jahr Blasenbeschwerden; es geht das Uriniren nur absatzweise, nicht in einem Stück, auch nur tropfenweise, nicht im Strahl, nur nach langem Pressen, auch verliert er hin und wieder einige Tropfen. Ungefähr zu gleicher Zeit starkes Jucken an der Aussenseite beider Unterschenkel, das zu Bläschen führte, die ein wasserhelles Secret entleerten. Danach pelziges Gefühl in beiden Füssen, nicht sehr stark. Seit diesem Frühjahr aber heftige Schmerzen in beiden Beinen. Das pelzige Gefühl in beiden Füssen hat bedeutend zugenommen, zugleich sind heftige «schiessende» Schmerzen in beiden Beinen, in Gesicht, Brust und Rücken aufgetreten, «als ob eine Nadel durchgestochen würde.» Die Schmerzen hatten mit Kältegefühl, Kitzeln, Ameisenlaufen in den Fusssohlen begonnen, die Paraesthesieen stiegen dann aber die ganzen Beine hinauf; pelziges und Kältegefühl, sowie Schwere und Müdigkeit in den Gliedern constant. Seit Beginn der Schmerzen Reifengefühl um beide Fussgelenke, besonders rechts. Im Dunkeln ist das Gehen unsicher. Appetit mässig, Stuhl verstopft, Schlaf durch die Schmerzen und durch das unbesiegbare Kältegefühl sehr gestört.

Grosser, nicht sehr magerer, geistig ausserordentlich frischer Mann. Arteriosklerose; linker Ventrikel hypertrophirt. Hirnnerven, speciell Pupillenreaction völlig normal. Obere Extremitäten ebenso, keine Sensibilitätsstörungen, keine Spur von Atrophieen, erhebliche motorische Kraft, kein Tremor, normale Reflexe.

Patellarreflexe fehlen beiderseits; Hautreflexe normal. Starkes Schwanken bei Augenschluss. Keine Spur von Ataxie. An den

Unterschenkeln, die sich recht kalt anfühlen, und am Fussrücken Sensibilität völlig normal, Pinselberührung, Spitze und Knopf der Nadel, Temperaturdifferenzen, Lageveränderungen werden auf das Genaueste erkannt. An der Fussohle, am stärksten an Ballen und Zehen, Herabsetzung für sämmtliche Qualitäten, mit Ausnahme des Lagegefühls, bei Nadelstichen leichte Verlangsamung der Schmerzempfindung, ziemlich starkes Nachbrennen. Elektrische Reaction der Muskeln normal, nirgends eine Spur von Atrophie, Beine für das Alter recht musculös, Kraft recht erheblich. Nerven und Muskeln nirgends druckempfindlich. Prostata hart, mässig hypertrophisch. Bei der Untersuchung in Rückenlage, wenn beide Oberschenkel gegen das Becken gebeugt und die Fersen, möglichst dem Gesäss genähert, auf der Unterlage aufruhen, entstehen heftige und langdauernde klonische Zuckungen in der Adductorenmusculatur beiderseits, an denen sich bei längerer Dauer auch die Glutaeen betheiligen. Durch horizontales Ausstrecken der Beine oder Aufstehen werden sie sofort sistirt. Sie treten auch auf, wenn die Beine durch eine wollene Decke gegen die Aussentemperatur abgeschlossen sind. (NB.! Die Untersuchungen fanden im Juli und August statt.) Nervi obturatorii beiderseits etwas druckempfindlich, die mechanische Erregbarkeit der Bein- und Beckenmusculatur erhöht, elektrische Reaction völlig normal. Das linke Bein ist schwächer als das rechte, gibt beim Stehen öfters im Knie nach. Patient kann aber, wenn auch mit Schmerzen, circa eine Stunde gehen. Eine Badecur in Wiesbaden war ohne Erfolg geblieben. Auch eine mehrwöchentliche elektrische Behandlung brachte, ebensowenig wie wiederholte Badecuren, eine Veränderung im Zustande hervor; die Schmerzen und das Kältegefühl blieben unverändert, wurden auch nicht viel schlimmer, ebensowenig traten Lähmungserscheinungen auf, so dass Patient täglich seinen gewohnten Spaziergang unternehmen konnte. Im März 1895 wurde er auf der Strasse, wenige Schritte von seinem Hause, von Unwohlsein überfallen; er konnte jedoch noch seine Wohnung erreichen. Der schleunigst gerufene College Voit fand ihn im Lehnstuhl todt. Die Section wurde verweigert.

III. Für die höchst interessante Krankengeschichte dieses Falles, den ich nur auf dem Sectionstische gesehen habe, bin ich Herrn Generalarzt Dr. Ullmann, früher hier, jetzt in Würzburg, zu Dank verpflichtet. Ich gebe die Krankengeschichte fast wörtlich, nur Unwesentliches weglassend.

67jährige Privatière; Herr Generalarzt Dr. Ullmann kannte sie seit ihren Jugendjahren. Keinerlei hereditäre Belastung. Keine erheblichen früheren Erkrankungen. Sie hat 3 mal normal geboren. Seit Ende der 70er Jahre klagte sie bei gelegentlichen Begegnungen (sie war damals in anderweitiger Behandlung) über zeitweise auftretende, heftige Kopfschmerzen, starke Rückenschmerzen, Gürtelgefühl um den Leib, pelziges Gefühl in den Fusssohlen, Schmerzen in den Beinen und Füssen, die ihrer Beschreibung nach häufig lancinirenden Charakter trugen. Der Gang oft sehr erschwert, Blasenbeschwerden; sie selbst glaubte fortwährend, dass sie ein schweres Rückenmarksleiden habe. Ende Mai 1888 wurde die Patientin ohne bestimmte Veranlassung plötzlich von Erbrechen befallen, befand sich danach aber wieder wohl. Am 7. Juni Abends bekam sie ohne vorausgegangenen Diätfehler heftiges, galliges Erbrechen, intensive, diffuse Kopfschmerzen, besonders im Hinterhaupt. Am 8. Juni fand Herr Gen.-Arzt Dr. Ullmann folgenden Status:

Kopf nach rechts gewandt, Augen geschlossen, können jedoch gut geöffnet werden. Intensive, diffuse Kopfschmerzen; Schwindel. Durch Drehen des Kopfes nach links wurden Schmerzen und Schwindel vermehrt. Keine Temperatursteigerung, Puls 96, Respiration normal; Untersuchung der Brust ergibt negativen Befund; Arteriosklerose. Patellarreflex links aufgehoben, rechts vermindert. Pupillen reagiren normal auf Licht, aber etwas träge. Hyperaesthesie der Ober- und Unterschenkel, Blasenbeschwerden, häufigen Drang zum Uriniren, Urin trüb, massenhaft Eiterkörperchen enthaltend, Cylinder weder jetzt noch später jemals nachzuweisen.

9. Juni. Die Nacht ziemlich ruhig, Morgens wieder etwas Kopfschmerzen, doch weniger intensiv als gestern; Hyperaesthesie, besonders der unteren Extremitäten, kein Erbrechen mehr, Rückenschmerzen, Druck auf mehrere Brust- und Lendenwirbel schmerzhaft; der Ort der Schmerzen, der im Verlauf der Krankheit nicht constant ist, wird verschieden angegeben; öfters Diplopie, besonders bei Seitwärtsdrehung des Kopfes. Keine Ataxie, kein Schwanken bei Augenschluss.

Von nun an trat allmählich Besserung ein, die gastrischen Erscheinungen schwanden, doch blieben noch eine Zeit lang intensive Anfälle von Schwächegefühl zurück. Ende Juli, sowie Ende September 1888 traten dieselben Erscheinungen, wenn auch von kürzerer Dauer und von geringerer Intensität, wieder auf. Der erschwerte Gang, der jedoch nie den schleudernden, tabischen Charakter hatte, wobei das Treppabsteigen viel schwerer als das Aufsteigen von Statten ging, blieb; es kamen jedoch häufig wochenlange Remissionen vor, die ein mehrstündiges Gehen ohne besondere Beschwerden gestatteten. Rückenschmerzen, Schmerzen in den Beinen, ganz besonders dem rechten, unruhiger Schlaf oder Schlaflosigkeit, Mangel an Appetit und Urinbeschwerden bildeten während der folgenden Jahre mehr oder weniger die fortwährende Klage der Kranken, die übrigens nur sehr selten zu einer eingehenden Untersuchung zu bewegen war. Im October 1889 wieder ein Anfall von galligem Erbrechen, Schmerzen im Unterleib und besonders in der Magengegend, eingenommener Kopf, Schwindelanfälle, Schmerzen im Kreuz, in der Regio hypochondriaca dextra, im rechten Bein, während das linke schmerzfrei war.

Die letzte Untersuchung wurde im April 1893 gestattet. Der Gang war sehr erschwert, aber nicht tabisch, Patellarreflex beiderseits fehlend. Keine Ataxie; Patientin kann kurze Zeit auf einem Fusse stehen, auch mit verbundenen Augen, ebenso sich im Gehen rasch umdrehen, Treppabsteigen in hohem Grade erschwert; verengte, etwas träg reagirende Pupillen; keine Einengung des Gesichtsfeldes; Sensibilität normal, jedoch oft lancinirende Schmerzen und Gürtelgefühl. Appetit und Stuhl normal; Blasenkatarrh, besonders Nachts häufiger Urindrang.

6. III. 1895. Nachdem Patientin sich am Tag vorher relativ wohl befunden, Nachmittags einen Besuch in Fürth abgestattet, den Abend bei Verwandten in Nürnberg zugebracht hatte, wurde sie Morgens bewusstlos im Bett gefunden. Herr Generalarzt Dr. Ullmann traf sie vollkommen bewusstlos, Sensibilität und Motilität völlig aufgehoben, vollständige Resolution, unwillkürlicher Stuhl- und Urinabgang. Exitus Morgens um 11 Uhr.

Herr Generalarzt Dr. Ullmann hatte die Güte mich zur Section einzuladen. Dieselbe musste sich leider auf die Oeffnung der Gehirn- und Rückenmarkshöhle beschränken. Im Gehirn fand sich ein kolossaler Bluterguss im rechten Seitenventrikel, der Streifen- und Sehhügel fast vollständig zerstört hatte und in den linken Seitenventrikel durchgebrochen war. Ferner multiple Blutungen in Haube und Fuss der Brücke. Die Gefässe überall zart und durchscheinend, nur an der Theilungsstelle der Basilaris ein grosser atheromatöser Fleck. Die Gehirnhäute waren völlig normal. An der Medulla spinalis fand sich makroskopisch keine Veränderung, aber auch die genaue mikroskopische Untersuchung derselben ergab ein völlig negatives Resultat. Speciell unteres Brust- und Lendenmark zeigten keine Spur einer Erkrankung, nirgends eine Veränderung an den Ganglienzellen, ein Faserschwund, eine Veränderung an den Gefässen. Besonders wurde natürlich auf die ein- und austretenden Wurzeln geachtet; sie zeigten nirgends einen Faserschwund oder eine Veränderung an den Gefässen. Ebenso verhielten sich die Rückenmarkshäute völlig normal.

Wir sahen, dass sich bei 3 Individuen (2 Männer und 1 Frau), im 7. Decennium ihres Lebens, in deren Vorgeschichte weder Luës noch Potus stehen, weder Intoxication noch Infection eine Rolle spielen, allmählich auf die untere Körperhälfte beschränkte sensible Störungen entwickeln, Kältegefühl, pelziges Gefühl, Schwere, dazu mehr weniger heftige Schmerzen von reissendem, brennendem, lancinirendem Charakter. In Fall I waren die Störungen gänzlich auf das rechte Bein beschränkt, in Fall III vorwiegend auf das rechte, in Fall II gleichmässig in beiden Unterschenkeln, am meisten in den Fusssohlen; diese sind auch in Fall I der Hauptsitz, in Fall II finden wir auch Klagen über Schmerzen in Gesicht, Brust und Rücken verzeichnet, ebenso in Fall III häufige Klagen über Schmerzen in Rücken, Kreuz und Oberschenkeln; in Fall II Gürtelgefühl um die Fussgelenke, in Fall III um den Leib. Bei Fall I und II hatten sich die Beschwerden ungefähr im Laufe eines Jahres entwickelt, III datirt den Ursprung der Schmerzen auf ca. 20 Jahre zurück. Nirgends bestanden tiefere Sensibilitätsstörungen. Speciell Lagegefühl und Temperatursinn waren völlig normal (nur in Fall II der Letztere etwas herabgesetzt), Berührungs- und Schmerzgefühl nur an den Spitzen der Extremitäten abgestumpft. Ataxie war niemals zu constatiren, nur im Fall II Schwanken bei Augenschluss. In allen 3 Fällen begannen zugleich mit den Paraesthesieen Störungen von Seiten der Blase, die sich bei Fall III, der langen Dauer entsprechend, mit einem chronischen Blasenkatarrh complicirt hatten. Dass bei den beiden Männern die Potenz erloschen war, erklärt sich wohl schon aus dem Alter, in Fall II wurde direct angegeben, dass es schon Jahre vor Beginn des Leidens der Fall gewesen war. In Fall III endlich dürfte der frühe Beginn wohl mit der Menopause resp. der Involution des Körpers zusammenfallen. Die Hirnnerven blieben in allen Fällen andauernd frei, speciell die Reaction der Pupillen auf Licht und Accommodation. In Fall III trat während eines Anfalles von Erbrechen und heftigsten Kopfschmerzen vorübergehendes Doppelsehen auf. Herr Generalarzt Dr. Ullmann sagt mit vollem Recht, dass er in der Annahme, es mit einem (atypischen) Falle von Tabes zu thun zu haben, diese Anfälle für gastrische Krisen halten musste. Damals, 1888, existirte das Krankheitsbild der senilen Polyneuritis noch gar nicht — man darf wohl behaupten, dass es auch heute noch sehr wenig bekannt ist. Wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir annehmen, dass jene Erscheinungen nicht spinaler, sondern cerebraler Natur, Aeusserungen des athero-

matösen Processes im Gehirn waren. Wenn sich auch makroskopisch nur geringe Spuren von Arteriosklerose an den Gehirnarterien fanden, so gelang es doch, in einem verschonten Stück des Thalamus opticus zahlreiche miliare Aneurysmen an den Endästen der Arteria cerebri posterior nachzuweisen. Damit findet auch wohl die vorübergehende Diplopie die richtige Deutung.

Schwerere Störungen von Seiten der inneren Organe fehlten gänzlich, inclusive des Mastdarmes. In allen Fällen war Arteriosklerose vorhanden.

Die Patellarreflexe fehlten bei Fall I im betroffenen Beine, bei Fall II in beiden, in Fall III war der Patellarreflex links aufgehoben, rechts zu Beginn der Beobachtung durch Herrn Generalarzt Dr. Ullmann nur vermindert, erlosch aber im Verlauf der Krankheit gänzlich. In den beiden männlichen Fällen waren die Hautreflexe erhalten, was auch Oppenheim von seinen Fällen erwähnt. Trophische Störungen an Haut, Gelenken etc. fehlen; in Fall II ging als Prodromalerscheinung sehr starkes Jucken (auch von Oppenheim betont) an den Unterschenkeln voraus, worauf sich ein Bläschenausschlag entlang beider Peronei entwickelte, den man wohl nicht anders, denn als Zoster deuten kann. Die Oberextremitäten blieben in allen Fällen andauernd frei. Der Gang war, wie der alter Leute, die Schmerzen an den Füssen haben, den Oberkörper vorgebeugt, die Füsse langsam schleifend, mehr als hebend, die Kniee «nach vorn durchgedrückt»; nicht die geringste Aehnlichkeit mit dem Gang des Tabikers, wie dies Herr Generalarzt Dr. Ullmann mehrmals speciell hervorhebt. Niemals traten Muskelatrophieen auf. Wenn wir von den cerebralen Störungen in Fall III absehen, die als Complicationen nicht zum reinen Bild gehören, so war der Verlauf ein sehr gleichmässiger. In Fall III, mit einer Dauer von ca. 20 Jahren, sind vielfach Remissionen der Schmerzen und der Behinderung des Ganges verzeichnet, in Fall II und III, mit je 3jähriger Dauer von Beginn des Leidens, war der Zustand ein vollkommen chronischer, ohne Remissionen oder Exacerbationen. Alle 3 Fälle endlich gingen apoplektiform zu Grunde.

Es bedarf nun wohl, auch wenn uns der Befund der anatomischen Untersuchung in Fall III nicht zur Seite stände, keiner weiteren Begründung, dass wir es hier nicht mit Rückenmarkserkrankungen, sondern mit einer speciellen Form der multiplen Neuritis zu thun haben. In differentialdiagnostische Erwägung käme zuerst die Tabes; gegen diese sind unsere Fälle wohl schon durch das Fehlen der reflectorischen Pupillenstarre und der Ataxie genügend abgegrenzt. Auch fehlen nicht nur Luës, sondern auch alle anderen aetiologischen Factoren, die man zu beschuldigen pflegt, in der Anamnese. Die chronische, nicht syphilitische, primäre Meningitis spinalis aber fristet bekanntlich überhaupt ein ziemlich mythenhaftes Dasein, dessen Berechtigung durch den Mangel jeder krankhaften Veränderung an den Rückenmarkshäuten in Fall III nicht erhöht wird. Gegen «le nervo-tabes périphérique» Dejerine's, die ataktische wie die paralytische Form derselben, ist die Scheidung schon durch die Bezeichnungen gegeben.

(Schluss folgt.)

Ueber neurothermische Versuche am marklosen Nerven.*)

Von *M. Cremer* in München.

Im Jahre 1848 hat H. Helmholtz in seiner Arbeit über die Wärmeentwicklung bei der Muskelaction[1]) nicht nur die bahnbrechenden Resultate bezüglich des Muskels gewonnen, sondern auch schon versucht, im Froschnerven Wärmetönungen während der Erregung nachzuweisen. Schloss er die Möglichkeit aus, dass Stromzweige seines Reizstroms diejenigen Partien des Nerven direct durchsetzten, die den Löthstellen seiner Thermonadeln unmittelbar anlagen, so erhielt er niemals einen merklichen Ausschlag der Nadel. Er schliesst «dass die vorhandene Wärmeentwicklung in den Nerven gegenüber der in den Muskeln verschwindend klein sei und jedenfalls nicht über wenige Tausendtheile eines Grades hinausgeht».

*) Vortrag, gehalten in der Sitzung vom 2. Juni 1896 in der Gesellschaft für Morphologie und Physiologie.

[1]) Archiv für Anatomie und Physiol. 1848 Seite 144—164.

Von den Nachuntersuchern von Helmholtz erhielt Heidenhain[2]) wie aus einer gelegentlichen Bemerkung desselben erhellt, die nämlichen negativen Resultate.

Angeblich glücklicher waren aber Valentin[3]), Oehl[4]) und Schiff[5]) beim Frosch, Winterschläfern und künstlich abgekühlten Warmblütern.

Gegen diese Resultate haben sich aber gewichtige Einwände erhoben und ist der Gedanke nicht von der Hand zu weisen und auch schon von verschiedenen Seiten geäussert worden[6]), dass die genannten Forscher in ihren Schlüssen den hier so vielfach möglichen Versuchsfehlern zum Opfer gefallen sind. Bezüglich Schiff glaubt zwar de Boeck[7]), dass er im Wesentlichen durch die Joule'sche Wärme electrotonischer Ströme getäuscht worden sei.

Ich glaube indessen, dass auch gegen diese den Schiff'schen Resultaten möglichst günstige Deutung noch sehr starke Bedenken bestehen.

Bei den bisher besprochenen Untersuchungen wandten die Forscher Thermosäulen an. In den letzten Jahrzehnten ist aber in dem Bolometer ein neues Hilfsmittel für die Forschung entstanden. Dasselbe beruht bekanntlich auf der Widerstandsänderung, welche ein metallischer Leiter bei der Aenderung seiner Temperatur erfährt. Man nimmt für physiologische Zwecke sehr feine Platindrähte (Rolleston,[8]) Stewart[9])) oder Bleifäden (de Boeck) und bestimmt mit Hilfe der Wheatstone'schen Brückencombination ihren jeweiligen, von der herrschenden Temperatur ungemein abhängigen Widerstand, resp. seine relative Aenderung gegenüber einem Vergleichs-Bolometer. Es gelingt so sehr leicht Temperaturdifferenzen zu bestimmen, die $\frac{1}{10000}$ Grad Celsius und noch weniger betragen. Das Bolometer besitzt der Säule gegenüber den grossen Vorzug einer wesentlich kleinern zu erwärmenden Masse als sie durch die Löthstellen einer Säule repräsentirt wird. De Boeck hat dies namentlich hervorgehoben, doch hat er diesen Vorzug andrerseits zu sehr überschätzt. Die Rechnungen die er zur Illustration ausführt, sind geradezu unzulässig. Bei den Untersuchungen von Helmholtz zum Beispiel handelt es sich doch ganz gewiss nicht um Erwärmung der ganzen Thermonadeln, wie de Boeck es darstellt, sondern lediglich um Erwärmung der Löthstellen.

Die mit dem Bolometer an verschiedenen Thieren und unter verschiedenen Bedingungen ausgeführten Untersuchungen, waren nun bei sorgfältigem Ausschluss aller Fehlerquellen durchaus negativ bezüglich einer Wärmeentwicklung im Nerven während der Erregung. Beim absterbenden Froschnerven fand Rolleston eine Wärmeentwicklung, gegen die indess Stewart gewichtige Bedenken in's Feld führt.

Alle die genannten Untersuchungen sind lediglich am markhaltigen Nerven angestellt. Stewart hat nun darauf aufmerksam gemacht, dass diejenige Substanz, die nach ihm der muthmassliche Sitz einer eventuellen Wärmeproduction ist, der Axencylinder markhaltiger Nerven, nur einen sehr kleinen Theil der Gesammtnervenmasse ausmacht und dies vielleicht die Ursache der negativen Resultate sein könnte, die von verschiedenen Forschern erhalten wurden.

Um diesen Bedenken Rechnung zu tragen, schlug mir Herr Geheimrath Prof. von Kries, in dessen Laboratorium ich diese Arbeit ausgeführt habe, vor, neurothermische Versuche am marklosen Nerven, Nervus olfactorius verschiedener Fische, vorzunehmen. Es sei mir gestattet, dem genannten hochverehrten Leiter des Freiburger physiologischen Instituts für diese Anregung und eingehende Unterstützung, sowie auch Herrn Collegen Nagel für seine schätzenswerthe Beihilfe meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

[2]) Studien des physiol. Instituts zu Breslau 4 Seite 250.

[3]) Archiv für pathol. Anatomie 28 Seite 1, Moleschott's Untersuchungen 9 Seite 225, 1865.

[4]) Gaz méd. de Paris 1866 p. 225.

[5]) Archives de physiol. 2. 1869. Seite 157, 330, Archiv für die gesammte Physiol. 1871 Seite 231.

[6]) Vergl. namentl. Hermann Handbuch II 1 Seite 142 u. fol.

[7]) Contributions à l'étude de la physiol. du nerf. Dissertation Brüssel 1893.

[8]) Journal of physiologie 11, 208—25.

[9]) Ibid. 12, 409—420.

Für meine Versuche stand mir zur Verfügung die empfindliche Thermosäule, die Metzner[10]) bei seinen myothermischen Versuchen angewandt hatte, sowie auch dasselbe Thomson-Galvanometer. Es gelang, die Empfindlichkeit des Apparates bis zur Angabe von weniger als $\frac{1}{1000000}$ Grad Celsius zu steigern und durch Construction einer besondern feuchten Kammer für den Nerven auch einen Stillstand, resp. ein sehr langsames Wandern der Scala durch das Gesichtsfeld des Beobachtungsrohres zu erzielen. Meist wurde jedoch bei einer weit geringeren Empfindlichkeit gearbeitet, etwa von der Grössenordnung, wie sie Rolleston auch bei seinen Versuchen verwandt hat.

Wie schon Helmholtz bemerkte, lässt sich mit Sicherheit nur sagen, dass die Löthstellen der Säulen nicht stärker erwärmt wurden, als bis zu dem betreffenden Grade. Ueber die Temperatur, bis zu der der Nerv selbst erwärmt wurde, oder bei Abwesenheit der Löthstellen, rings umgeben von schlechten Leitern, erwärmt worden wäre, wird nichts ausgesagt.

Als Versuchsobjecte dienten bei meinem Versuch: die Nervi olfactorii von Hecht, Karpfen und Barbe. Soweit die Versuche in ihrer Deutung völlig gesichert sind, ergaben sie ein durchaus negatives Resultat. Die Joule'sche Wärme des Reizstromes (Schlittenapparat, spielender Hammer) täuschte anfänglich, wie bei den Versuchen von Helmholtz und Rolleston, positives Ergebniss vor. Hier möchte ich auf einen Umstand aufmerksam machen, der früher nicht hervorgehoben wurde. Die Joule'sche Wärme des Reizstromes kann natürlich Täuschungen hervorbringen auch bei völlig isolirter Säule. Viel grösser aber wird diese Fehlerquelle, wenn die Möglichkeit besteht, dass Stromzweige des Reizstromes durch die Löthstellen in den Bussolkreis eindringen können. Unabhängig davon, in welcher Richtung die Oeffnungs- und Schliessungs-Inductionsschläge (bei spielendem Hammer) durch den Nerven gesandt werden, ist der Effect dann stets der der Bewegung der Scala im Sinne einer starken Erwärmung. Bei meinen Versuchen traf ich ein Arrangement, das ermöglichte, diese Isolation in den Pausen zwischen den einzelnen Reizungen bequem zu prüfen. Erst hierdurch kam es mir so recht zum Bewusstsein, wie schwierig es hält, eine dünne und für die Dauer des Versuches doch sicher isolirende Schicht herzustellen. Gegen alle Täuschungen schützte natürlich der Ersatz des Nerven durch feuchte Fäden, wie bei Rolleston, sowie das Absterbenlassen desselben in der im Uebrigen unberührten Reizkammer. War die den Löthstellen anliegende Strecke des Nerven vom Strom durchflossen, so zeigte sich beim Uebergehen von minimalen Reizen zu den allerstärksten erst dann eine Erwärmung, wenn sich auch die Joule'sche Wärme bei durchströmten feuchten Fäden bemerkbar machte. Die Reizung des Nerven lieferte also kein handgreifliches plus gegenüber der rein physikalisch erklärbaren Erwärmung. Ich möchte dieses Ergebniss so ausdrücken: «Bei der beschriebenen Versuchsanordnung ist auch beim marklosen Nerven die producirte Wärme während der Thätigkeit jedenfalls von kleinerer Grössenordnung, als die Joule'sche Wärme des Reizstromes».

Obschon einerseits die Möglichkeit sich nicht leugnen lässt, dass der Nerv, als reiner Energieüberträger, ohne Verlust functionirt, ist es doch andererseits keineswegs wahrscheinlich, dass die Weiterleitung der Erregung ohne jeden Energieaufwand, oder jeden Energieverlust sich vollzieht. Auch wer mit Boruttau[11]) in der Erregung nichts weiter als das Fortkriechen einer Polarisation sieht, muss annehmen, dass die kleinen Strömchen, die dies vermitteln, Joule'sche Wärme erzeugen.

Gegen das Vorhandensein solcher minimaler Energieverluste sprechen aber die bisherigen neurothermischen Versuche überhaupt nicht. Ist doch, wenn wir von den fraglichen Schiff'schen Versuchen absehen, noch niemals Joule'sche Wärme elektrotonischer Ströme gemessen, resp. scharf von derjenigen der direct durchflossenen Strecke unterschieden worden.

Hier glaube ich, muss die Neurothermik zuerst zu positiven Ergebnissen zu kommen suchen. Am besten wohl, weil physikalisch am durchsichtigsten, zunächst am Kernleiter selbst.

---

[10]) Du Bois Archiv 1893 Suppl. Seite 74.
[11]) Arch. für die ges. Physiol. 58 S. 1.

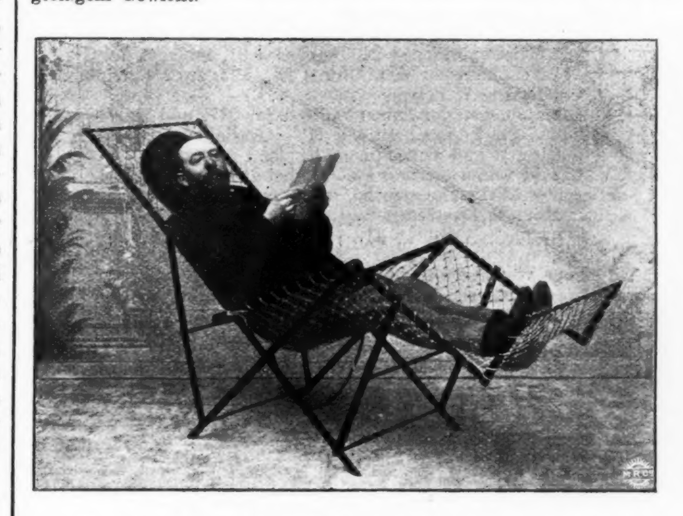
Die Combination der Hängematte mit dem Lehnstuhl, ein neues Lagerungsmittel.

Von Dr. *J. Sendtner.*

Viele Kranke empfinden das lange Liegen peinlicher als ihre Krankheit. Ein derartiger Fall veranlasste mich zum Nachdenken und zu Versuchen, in welcher Weise diese Qual erleichtert werden könnte, und da ich meine Bemühungen nicht für erfolglos und unwesentlich halte, erlaube ich mir hiemit, das Ergebniss derselben mitzutheilen.

Von den gebräuchlichen Lagerungsmitteln kam ausser dem Bett der Lehnstuhl und die Hängematte in Betracht. Wenn auch das Bett als souveräne Lagerstätte für Kranke niemals zu ersetzen ist, so erscheint es doch oft sehr wünschenswerth, denselben einen Lagerungswechsel zu gestatten, welchen das Bett, auch mit Hilfe von verstellbaren Kopfpolstern, nicht in befriedigender Weise gewährt. Durch eine Verbindung der Hängematte mit dem Lehnstuhl glaube ich die Beseitigung der beiden anhaftenden Mängel erreicht zu haben. Diese Verbindung ist hergestellt durch die Ausspannung eines Netzes in einem stabilen, zusammenklappbaren Rahmen von der annähernden Form eines Lehnstuhles (cfr. Abbildung). Als Vorzüge dieser Construction betrachte ich folgende Eigenschaften:

1. Vertheilung des Körpergewichtes auf eine möglichst grosse Fläche (Herabsetzung des specifischen Druckes).
2. Gleichmässiges Anschmiegen der netzförmigen Unterlage an den Körper.
3. Verhinderung des Abrutschens und Zusammensinkens des Ruhenden bei geneigtem Oberkörper.
4. Lagerung der Beine mit leicht gebeugten Hüft- und Kniegelenken, wobei die Beuge- und Streckmuskeln gleichmässig erschlaffen können — die rationelle Ruhelage.
5. Einfachste Construction bei geringen Herstellungskosten und geringem Gewicht.



Diese Lagerungsart besitzt die angenehme Schmiegsamkeit der Hängematte, vermeidet aber deren Nachtheile: Umständlichkeit der Befestigung in Wohnräumen, Schwierigkeit des Aus- und Einsteigens, seitliche Compression, die fehlerhafte Lagerung mit herabsinkendem Gesäss und mit durchgedrückten Knieen. Die Lehnstühle haben in der Regel den Fehler der horizontalen Sitzfläche, welche bedingt, dass bei geneigtem Oberkörper die Hauptlast auf das Gesäss drückt und dass dadurch der ganze Körper abgleitet. Dass das Herabhängen der Beine der Blutcirculation nicht förderlich ist, braucht wohl nicht bewiesen zu werden. Die Schmiegsamkeit eines Netzes wird aber durch Rohrgeflechte und Polster niemals erreicht.

Die genannten Vorzüge und die Vermeidung obiger Nachtheile der bisherigen Lagerungsmittel sind für alle Kranken, welche zu andauernder Ruhelage verurtheilt sind, wie Herzkranke mit Insufficienz, besonders mit Oedemen, Kranke mit Lähmungszuständen, mit Gelenk- und Knochenleiden (auch Fracturen), mit hochgradiger Abmagerung und Neigung zum Durchliegen etc. von hervorragender Bedeutung.

Durch die vorliegende Construction ist die Möglichkeit in weitestem Umfang gegeben, derartigen Kranken einen Lagerungswechsel zu gestatten und sie abwechselungsweise oder dauernd ausserhalb des Bettes zu belassen — Liegecuren —.

Nach meinen Erfahrungen an Kranken glaube ich, den Stuhl ebensowohl zur Anwendung in Anstalten, wie für die Privatkrankenpflege empfehlen zu können.

Kurzer Jahresbericht über die gynäkologische Universitätspoliklinik des Herrn Hofrath Prof. Dr. Amann pro 1896.

Von Dr. *Harduin Heiden*, Assistent der Poliklinik.

Im abgelaufenen Kalenderjahre 1896 fanden in der kgl. gynäkologischen Poliklinik 452 Neuaufnahmen statt (gegen 562 im Jahre 1895).

Der Zeit nach fallen von den Aufnahmen auf Januar 41 (82[1]), Februar 42 (46), März 54 (47), April 35 (58), Mai 31 (56), Juni 35 (28), Juli 44 (51), August 54 (57), September 33 (31), October 32 (27), November 29 (40), December 22 (39).

Von den 452 Patientinnen waren verheirathet 245, ledig 207.

Den X Ortskrankencassen gehörten an 30, der Gemeindekrankenversicherung 39, der Schneider-Innungscasse 4.

Dem Alter nach lassen sich die Patientinnen ausscheiden in solche von 1—15 Jahren 1 = 0,2 Proc., 15—20 Jahren 41 = 8,2 Proc., 20—30 Jahren 192 = 38,4 Proc., 30—40 Jahren 145 = 29,0 Proc., 40—50 Jahren 53 = 10,6 Proc., 50—60 Jahren 15 = 3,0 Proc. 60—70 Jahren 5 = 1,0 Proc., und über 70 Jahre 0 = 0 Proc.

Die Affectionen scheiden sich aus in:

I. Erkrankungen der Vulva: 47. Davon: Ernährungsstörungen 30,0, Dammrisse 27, Carcinome 2, Erkrankungen der Bartholin'schen Drüse 2, Pruritus 1.

II. Erkrankungen der Vagina 28[1], und zwar Ernährungsstörungen 227, Verlagerungen 50, Geschwülste (übergreifende Carcinome) 3.

III. Erkrankungen des Uterus und seiner Ligamente: und zwar
  a) Entwickelungsfehler (Infantiler Uterus) 2.
  b) Ernährungsstörungen 574 (Endometritiden 169, Metritiden 193, Para-Perimetritiden 212).
  c) Erosionen und Lacerationen an der Portio 28, Hypertrophie der Portio 20, Subinvolutionen des Uterus 10.
  d) Verlagerungen des Uterus und Formveränderungen 138, und zwar pathologische Anteflexionen 9, Retroflexionen 27, Retropositionen 29, Retroversionen 24, Dextro- und Sinistropositionen 24, Descensus 31, Prolapse 3.
  e) Neubildungen des Uterus 20, und zwar Carcinome 11, Myome 7, Polypen 2.

IV. Erkrankungen der Tuben und Ovarien 217, und zwar Oophoritiden und Perioophoritiden 118, Ovarialtumoren 6 und Salpingitiden und Perisalpingitiden 93.

V. Gravid waren 36, und zwar verheirathet 10, ledig 26.

VI. Andere Erkrankungen 20, und zwar Hernien 3, Prolapse des Rectum 1, Mastitiden 2, Carcinome der Mamma 3, Urethritiden und Cystitiden 11.

VII. Wegen acuter sexueller Erkrankungen wurden in's Krankenhaus verwiesen 43.

VIII. Wegen innerer oder chirurgischer Erkrankungen wurden an die diesbezüglichen Abtheilungen verwiesen 43.

[1]) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Frequenz im Vorjahre 1895.

Feuilleton.

Karl Ewald Hasse.

Von Geheimrath Dr. *v. Ziemssen.*

Nur wenigen Gelehrten ist es beschieden, nach einem arbeitsreichen Leben sich eine lange Reihe von Jahren einer beschaulichen Ruhe und aller der Genüsse zu erfreuen, welche die Beschäftigung mit den Wissenschaften und den Künsten gewährt. Ueber die meisten Gelehrten schreitet die Zeit mit schwerem Tritt hinweg; neue Arbeiter treten an ihre Stelle und rasch sind die Lücken ausgefüllt. Bald ist vergessen, wer vom Schauplatze abtritt, und die nachwachsende Generation weiss nur wenig von denen, die ihr den Weg zum Wissen und zur Erkenntniss gebahnt haben. Aber die Geschichte der Wissenschaft vergisst ihre Getreuen nicht, und deutsche Dankbarkeit lässt das Andenken an diejenigen nicht verblassen, welche allezeit in den ersten Reihen der Kämpfer standen.

Ein solcher streitbarer Mann der Wissenschaft war Karl Ewald Hasse. Seine an Erfolgen so reiche Lebensarbeit begann gerade zu einer Zeit des Umsturzes, des Kampfes gegen die Systeme und Schulen. Die Naturphilosophie war bereits abgethan, und die naturhistorische Schule nahm ihren Rückzug, als der reformirende Einfluss der grossen anatomischen Schulen von Paris und Wien in Deutschland zum Durchbruch kam. Hasse hat den ganzen Process der Umwandlung der klinischen Anschauungen nicht nur persönlich mit durchgemacht, sondern hat auch eine führende Rolle in diesem Processe gespielt; die Einführung der anatomischen Auffassung der pathologischen Vorgänge in die klinische Medicin Deutschlands ist ein hervorragendes Verdienst Hasse's, wenn auch die Aufdeckung der feineren histologischen Organveränderungen dem reformatorischen Genie eines Rudolf Virchow vorbehalten blieb.

Hasse war kein Stürmer, wie seine Altersgenossen Kolletschka, Skoda und Dietl. Diese stellten revolutionäre Thesen auf, welche in schroffem Gegensatze zu den anscheinend so wohl fundirten Grundgesetzen der Therapie standen. Hasse war kein Freund des therapeutischen Nihilismus. Als geschulter pathologischer Anatom auf der einen Seite, als erfahrener Kliniker mit feinem Verständniss für das Bedürfniss des Kranken und des Arztes andererseits war er der rechte Mann, die schwierige Umgestaltung der klinischen Auffassung der Krankheitsvorgänge auf Grund der anatomischen Forschung zu vermitteln. Indem er diese Brücke schlug und als feiner Eklektiker auch die Therapie rettete, hat er der klinischen Medicin einen unschätzbaren Dienst geleistet.

Der nun Siebenundachtzigjährige kann auf sein Leben mit voller Befriedigung zurückblicken. Auch darauf kann er stolz sein, dass er den Anfangsweg seiner Docenten-Laufbahn, der ein sehr dorniger war, mit der Beharrlichkeit, welche die Liebe zur Wissenschaft verleiht, unentwegt verfolgt hat und sich durch alle Widerwärtigkeiten tapfer durchgeschlagen hat. In den «Erinnerungen aus meinem Leben», welche der greise Gelehrte vor wenigen Jahren als Manuscript hat drucken lassen, ersieht man, welche Zustände in den 30 iger Jahren bestanden, mit welchen Hindernissen aufstrebende Talente in der wissenschaftlichen Laufbahn zu kämpfen hatten. Unseren jungen Docenten von heute, denen von allen Seiten persönliche Förderung ihrer Bestrebungen und materielle Unterstützung ihrer Arbeiten durch die Institute zu Theil wird, würde es gut thun, diese Memoiren Hasse's zu lesen, damit sie einsehen lernen, wie gut sie es heute haben.

Sehr treffend sagt Hasse in der Vorrede zu seinen Memoiren: «Medicinische Leser werden ersehen, wie schwer es vor 60 Jahren Denjenigen gemacht wurde, die sich bemühten, der Pathologie eine neue wissenschaftliche Richtung zu geben, welche Schwierigkeiten sie zu überwinden hatten und wieviele Hindernisse sich ihnen in den Weg stellten. Die Mediciner haben keine Ursache, «laudatores temporis acti» zu sein.»

Hasse wurde am 23. Juni 1810 zu Dresden geboren. Sein Vater war damals Professor der Geschichte am Kgl. Kadettenhause, wurde aber später als ord. Professor der historischen Hilfswissenschaften nach Leipzig berufen. Seine Studien machte Hasse hauptsächlich in Leipzig. Nach Absolvirung seiner Prüfungen studirte er noch 2 Jahre in Paris, Wien und Prag. Von diesen seinen wissenschaftlichen Reisen enthalten die «Erinnerungen» eine Fülle interessanter Einzelheiten, insbesondere über die grosse Zahl hervorragender Persönlichkeiten des wissenschaftlichen und politischen Lebens, mit denen er in Berührung kam. Die Sterne der Pariser medicinischen Schule treten uns hier entgegen: Dupuytren, Roux, Lisfranc, Larrey, Velpeau, dann Louis, Piorry, Chomel, Broussais, Ricord, auch Politiker, wie Lafayette u. A.

Nach einem Aufenthalt in Strassburg besuchte er Tübingen, wo er Uhland kennen lernte. Dann nahm er für längere Zeit Aufenthalt in München; die Kunst fesselte ihn hier, für seine medicinischen Studien fand er nichts. Der ultramontane Dogmatismus des genialen Ringseis konnte ihn, wie er sagt, unmöglich anziehen; aber die würdige Persönlichkeit Philipp von Walther's kennen zu lernen, war ihm eine besondere Freude. Seinen Weg nach Wien nahm er über Tirol und das Salzkammergut, bei dieser Gelegenheit auch Berchtesgaden und den Königssee besuchend. Von Salzburg aus ging's dann direct nach Wien, freilich etwas langsamer als heute, da er mit einem «Hauderer» fuhr. Es war im Herbst 1834, als er seine Studien bei Rokitansky begann und mit diesem und seinen Schülern Kolletschka, Skoda und Anderen in das freundschaftliche Verhältniss kam, das so bestimmend für sein wissenschaftliches Streben gewesen ist. Die Ausbeute an Wissen, Anschauungen und Anregungen, auch in naturwissenschaftlicher Hinsicht, welche er von hier mitnahm, war eine ganz enorme, und höchst befriedigt verliess er Wien im Frühling des Jahres 1835. In Prag, wo er längeren Aufenthalt

67

GALERIE HERVORRAGENDER ÄRZTE UND NATURFORSCHER.

KARL E. HASSE.



Dr. K. F. Hasse.

Beilage zur Münchener medicinischen Wochenschrift. 44; 282 – 16 mar. 97
Verlag von J. F. LEHMANN in München.

nahm, wurde er mit Oppolzer, der damals Secundärarzt an der Klinik von Krombholz war, befreundet, ebenso mit Hochberger und anderen tüchtigen Leuten.

Nach Dresden zurückgekehrt, übernahm er zunächst die Function eines Leibarztes bei dem russischen Grafen Stroganow und machte mit demselben ausgedehnte Reisen durch Böhmen, Deutschland, Holland und Belgien.

Erst im Jahre 1836 liess er sich definitiv in Leipzig nieder, zunächst in die sehr bescheidene Stelle eines «Repetenten» an der medicinischen Klinik von Clarus eintretend. Er lehrte zunächst die neueren Methoden der Krankenuntersuchung, vor Allem die Auscultation und Percussion; dann las er bald auch pathologische Anatomie. Nach allerhand Schwierigkeiten wurde er endlich 1839 ausserordentlicher Professor. In diese Zeit fällt die Vollendung seiner Arbeit: «Anatomische Beschreibung der Circulations- und Respirationsorgane». Dieses für die damalige Zeit geradezu epochemachende Werk erschien zufällig mit dem ersten Hefte von Rokitansky's pathologischer Anatomie gleichzeitig, und diese Concurrenz mit Rokitansky lähmte seinen Muth, den ursprünglichen Plan, die gesammte pathologische Anatomie etappenweise zu bearbeiten, durchzuführen.

Im Jahre 1843 erhielt er eine Berufung nach Dorpat und gleich darauf nach Zürich; die letztere Berufung nahm er an und begann am 1. Juli 1844 seine Vorträge in der Züricher Klinik. Damit war ihm ein Wirkungskreis höchst fruchtbringender und befriedigender Art erschlossen, ein Arbeitsfeld, das ihn ganz ausfüllte, ihm aber leider zu wenig Musse zur Arbeit übrig liess.

Aus letzterem Grunde, aber doch schweren Herzens, entschloss er sich im Herbste 1852, nachdem er verschiedene Berufungen an andere deutsche Universitäten, z. B. Breslau, Halle, abgelehnt hatte, einer Berufung nach Heidelberg Folge zu leisten. Hier hoffte er mehr Musse zur wissenschaftlichen Arbeit zu finden und seine klinischen Erfahrungen sammeln und veröffentlichen zu können. In der That hat er auch hier sein bedeutendstes klinisches Werk: «Die Krankheiten des Nervensystems» geschrieben. Dieses Werk, welches den vierten Band des von Virchow herausgegebenen Handbuchs der Pathologie und Therapie bildet, erschien in I. Auflage im Jahre 1855, dann in II. Auflage 1869. Dieses mit erstaunlichem Fleiss geschriebene und von grösster Sachkenntniss und Erfahrung zeugende Buch hat die gesammte Pathologie und Therapie des Nervensystems in hervorragender Weise gefördert. Hasse bewährt sich hier nicht nur als ein gründlicher Kenner der Nervenkrankheiten und exacter Forscher auf diesem Gebiete, sondern er erweist sich auch als ein feiner Menschenkenner und echter Menschenfreund.

Nur wenige Jahre war es ihm vergönnt, in Heidelberg zu weilen. Schon im Jahre 1856 nahm er seinen Wanderstab wieder auf, um einem ehrenvollen Rufe nach Göttingen zu folgen. Hier blieb er nun. 23 Jahre ist er der Georgia-Augusta treu geblieben. Der lebhafte Verkehr in dem illustren Kreise bedeutender Männer, die König Georg von Hannover an seine Universität gezogen hatte, dann aber auch die Gunst des Königs, der ihn oft an seinen Hof zog, vor Allem aber seine fruchtbringende Lehrthätigkeit, welche er hier vor einem grösseren Kreise von Zuhörern entfalten konnte, entschädigte ihn für Manches, was er in Heidelberg verlassen hatte. Sein hohes Interesse für die bildende Kunst fand hier reiche Nahrung in den Sammlungen von Kupferstichen, Radirungen u. s. w., welche er in Göttingen vorfand.

Mancherlei Schicksalsschläge, dann die Schwankungen seiner Gesundheit u. A. veranlassten ihn, im Jahre 1879 von seinem Lehramte zurückzutreten und sich zunächst nach Hameln zurückzuziehen. Von dort siedelte er später nach Hannover über.

Hier lebt nun der ehrwürdige Greis im Kreise lieber Freunde in alter Frische des Geistes der Erinnerung. Eine schwere Trübung seines Augenlichtes, die ihn heimgesucht, hat nicht vermocht, das für alles Schöne und Gute so warme Herz zu erkalten und diesen regen Geist von der Beschäftigung mit Wissenschaft und Kunst abzuziehen.

Möge dem verehrten Nestor der deutschen Kliniker noch eine lange Reihe von Jahren die «süsse Gewohnheit des Daseins» erhalten bleiben!

Referate und Bücheranzeigen.

Generalbericht über die Sanitäts-Verwaltung im Königreiche Bayern. 26. Band, das Jahr 1894 umfassend. 256 Seiten mit 22 Tabellen, 7 Kartogrammen und 11 Diagrammen. München 1896.

Der vorliegende Band ist der letzte, welcher unter Leitung des Obermedicinalrathes v. Kerschensteiner herausgegeben wurde und weckt damit die Erinnerung an die reiche Entwickelung in Inhalt und Ausstattung, welche der weitblickende Verstorbene seit Uebernahme jener Leitung im Jahre 1885 den Generalberichten gegeben hat. Waren sie schon unter dem früheren Herausgeber, Karl Friedrich Mayer trefflich bearbeitet, so wurden sie unter Kerschensteiner's Händen mehr und mehr zu einem nachahmungswerthen Vorbilde. Mehr als ähnliche Berichte anderer Staaten, geben sie nicht nur ein Bild der Gesundheitspflege, sondern vor Allem auch ein Bild der Gesundheitsverhältnisse des Landes. Wenn Kerschensteiner es wiederholt bedauert hat, dass diese mühevollen Arbeiten bei den praktischen Aerzten nicht die verdiente Aufmerksamkeit und Anerkennung finden, so that er dies sicher nicht aus Eigenliebe, auch nicht nur wegen des etwaigen unmittelbaren Nutzens für die Praxis, sondern in erster Linie, weil er wünschte, dass alle, die vom Staate angestellten, wie die Privatärzte aus dem einseitigen Gesichtskreise ihrer engeren Berufsthätigkeit heraustreten möchten. In der That, Nichts ist geeigneter, über die Grenzen der heilenden Medicin und die weiten Gebiete der Gesundheitspflege sich Klarheit zu verschaffen, als eine Vertiefung in die Wandlungen der öffentlichen Gesundheitszustände, als die erwachende Erkenntniss der mächtigen Factoren, vor Allem der volkswirthschaftlichen, welche neben oder vielmehr über der heilenden Medicin jene Zustände beeinflussen. Nach Ansicht des Referenten sollten die Aerzte diese Erkenntniss immer mehr vertiefen und verbreitern und darauf fussend, ihren Ansichten auch im Staatsleben mehr Geltung zu verschaffen suchen. Es könnte ihnen dann von dem Staate um so weniger auf die Dauer diejenige Stellung vorenthalten werden, welche sie durch ihr Wissen und ihre Opferwilligkeit schon lange verdient hätten. Es muss doch eine der ersten Aufgaben des modernen Staates sein, die allgemeinen Gesundheitsverhältnisse so zu heben, dass seine Bewohner die möglich beste körperliche Entwickelung, die möglichst lange Bewahrung ihrer Gesundheit geniessen.

Die Sterblichkeit war im Jahre 1894 25,4‰ (in den Städten 23,8, auf dem Lande 26‰), die niederste Zahl, «welche seit einer langen Reihe von Jahren nur einmal annähernd erreicht wurde, nämlich 1889.» Auffallend ist, dass die im Vorjahre ausnehmend hohe Sterblichkeit für Gehirn- und Gehirnhauterkrankungen (208,1 auf 100000 Lebende) wieder auf nahezu die Hälfte (109,7) zurückgegangen ist. Die Sterblichkeit an Influenza ging von 42,2 im Vorjahre auf 18,5 zurück; dagegen weisen die Masern im Berichtsjahre nahezu die dreifache Sterblichkeit (65,5) gegenüber dem Vorjahre auf. — Aerztlich behandelt waren 61,2% der Gestorbenen. Ihre Anzahl steigt beständig, aber langsam; 1876—80 hatte sie nur 52,2 betragen. Am Besten ist das Verhältniss in Oberbayern und Unterfranken, am Schlechtesten wie seit vielen Jahren in der Oberpfalz und Niederbayern und im Bezirk Bogen waren gar nur 16% ärztlich behandelt worden! Die Säuglingssterblichkeit betrug 26,6% der Lebendgeborenen. Sie ist langsam von der Mitte der 60ger Jahre an, da sie noch 32,7 betrug, gefallen. — Während die Selbstmorde gleich häufig bleiben, scheinen die tödtlichen Verunglückungen, wohl hauptsächlich in Folge besserer Schutzvorrichtungen, entschieden abzunehmen. Auf 1 Million Einwohner trafen 1867—76 noch 336, jetzt nur noch 252; es schwankt die Zahl zwischen 294 in Oberbayern und 180 in der Pfalz. Sie sind fast immer um die Hälfte häufiger auf dem Lande, als in den Städten, eine Folge der ganz überwiegenden Häufigkeit der Unfälle von Kindern unter 6 Jahren in den Landbezirken, welche wieder zur grösseren Hälfte durch Ertrinken verursacht sind. Auf je 1 Million im Beruf thätiger Personen kamen die meisten tödtlichen Unglücksfälle bei Handel und Verkehr mit 280 vor, dann bei Bergbau, Baugewerbe und Industrie überhaupt mit 248, bei Gesundheitspflege und Krankendienst mit 235 und bei Land- und Forstwirthschaft mit 144.

An Infectionskrankheiten sind gestorben 550 auf 100000 Lebende, am Meisten an Tuberculose, dann an Diphtherie (84) und Masern. Nach dem 5jährigen Durchschnitte 1890—94 waren nach den Anzeigen der Erkrankungen die häufigsten Infectionskrankheiten (ausser Tuberculose) Pneumonie und Masern (je gegen 20000), ferner Diphtherie fast ebenso häufig; dann Brechdurchfall, Keuchhusten, Gelenkrheumatismus, Erysipelas, und Scharlach.

Typhussterbefälle gab es nur 8,3, am Meisten in der Pfalz (13,9), am Wenigsten in Oberbayern und Oberfranken (4,1 auf 100 000 Lebende). In München, wo die Sterblichkeit nicht mehr den 10. Theil derjenigen der 60ger Jahre beträgt, war für diese Besserung nach der Annahme von Dr. Singer jedenfalls die Unterdrückung der (ca. 800) einzelnen in der Stadt zerstreuten Schlachtstätten im Jahre 1878 ein Hauptfactor.

Die Tuberculose (aller Organe) scheint ein wenig abzunehmen; für sie sind 316 Todesfälle auf 100 000 Lebende angegeben; im Vorjahre nur 314½, in den Jahren 1888—92 aber 325. Im Ganzen ist seit 1890 mit 335 eine Abnahme vorhanden; doch scheint diese Abnahme nur das Land zu betreffen, während bei der städtischen Bevölkerung sich eine Zunahme zeigt. Am Meisten sind in den 8 Kreisen heimgesucht Unterfranken, Mittelfranken und Pfalz, wie dies schon in den letzten 15 Jahren, wenn auch nicht immer unter gleichbleibender Reihenfolge, wiederkehrt. Auch im Berichtsjahre haben die zwei ersten Lebensjahre die grösste relative Sterblichkeit an Tuberculose gehabt; dann folgten ziemlich gleichmässig die Altersclassen von 31 bis 70 Jahren. Von den Landbezirken hat die grösste Sterblichkeit Ingolstadt (524), von den Städten Schwabach und Donauwörth (je 617), dagegen die Stadt Neu-Ulm nur eine von 170.

Ueber die Influenza wird die bemerkenswerthe Thatsache von verschiedenen Gegenden und Beobachtern berichtet, dass die letzte Epidemie von 1893/94 in den betreffenden Gegenden überhaupt nicht ganz erloschen sei und während des ganzen Jahres bald da, bald dort vereinzelte Fälle zur Beobachtung gelangten, so in den Bezirken Murnau, Wolfratshausen, Berchtesgaden (Oberbayern). Von Mittelfranken wird sogar berichtet, dass Influenza in einzelnen Gegenden seit ihrem ersten Auftreten überhaupt nicht mehr vollständig verschwunden zu sein scheine. So waren in den Aemtern Dinkelsbühl und Feuchtwangen das ganze Jahr über vereinzelte Fälle beobachtet worden.

Erkrankungen an Blattern kamen nur 12 mit 2 Todesfällen vor.

Das Kindbettfieber kam nur 19 mal auf 10 000 Geburten vor; es hat wie in anderen Ländern entschieden abgenommen. In Bayern kamen noch in der ersten Hälfte der 70ger Jahre 35½, nahezu doppelt so viele Todesfälle vor. Im Jahre 1876 ist diese Zahl plötzlich auf 24½ und seither, wenn auch nicht gleichmässig, weiter gesunken.

Bezüglich der bösartigen Neubildungen erhält der sonst so ausführliche Bericht nur die Angabe, dass an diesen 5318 Menschen gestorben sind, fast 4 Proc. aller Todesfälle. Veranlasst durch die Beobachtungen in Sachsen über die Zunahme dieser Todesfälle hat Referent die Zahlen für die letzten 5 Jahre zusammengestellt und von 1890 an beginnend eine Steigerung gefunden von 4120 auf 4806 im Jahre 1891, 4984 im Jahre 1892, 5126 im Jahre 1893 auf obige 5318. Da die Zahl der ärztlich Behandelten in dieser Zeit noch nicht um 2 Proc., die Bevölkerung nicht ganz um 4 Proc. zunahm, die Sterblichkeitstabellen selbst nicht geändert wurden, so muss man auch in Bayern, wie in Sachsen eine Zunahme der Erkrankungen und Todesfälle durch bösartige Neubildungen für sehr wahrscheinlich halten.

Diese Annahme wird unterstützt durch die Betrachtung, dass die Zahl der in den Krankenhäusern der grösseren Städte verpflegten Kranken im Allgemeinen gegenüber dem Durchschnitt von 1876—90 im Jahre 1894 um 138%, die Zahl der Kranken an bösartigen Neubildungen aber um 170% gestiegen ist (absolut von 607 auf 1035).

Die allgemeine Sterblichkeit der im Berichtsjahre in jenen Krankenhäusern verpflegten 53105 Kranken betrug gerade 5%.

Von Reconvalescentenhäusern waren erst 3 in Benützung; das des Sanitätsverbandes von München mit einer Frequenz von 94, das Erholungshaus der Anilinfabrik Ludwigshafen und deren Sanatorium für tuberculöse Arbeiter bei Kirchheimbolanden.

Sehr zahlreich sind die beachtenswerthen Mittheilungen über den Fleischconsum. Da dieser nicht nur an und für sich wichtig ist, sondern auch vielleicht den besten Maassstab für die Güte der Ernährung gibt, seien hier die wichtigeren Zahlen für das Berichtsjahr und in Klammern für das Vorjahr angeführt. Auf einen Einwohner fallen jährlich Kilo Fleisch:

Stadt Hersbruck . .	134	—	Stadt Fürth	54	—
„ Würzburg . .	132	(190)	„ Kulmbach . .	49	(59½)
„ Nürnberg . .	127	(132)	„ Weissenburg .	45	(58½)
„ Neustadt a./A.	101	(113)	„ Frankenthal .	36	(43½)
„ München . . .	77	(82½)	„ Kaiserslautern	35½	(43)
„ Aschaffenburg	71	(83)	Amt Hersbruck . .	71	—
„ Bamberg . . .	70½	(80)	„ Neustadt a./A.	63	(76)
„ Ansbach . . .	63	(74)	In 36 Orten der Pfalz	44½	(55)
„ Speier	60	(94)	Amt Schwabach . .	31½	(31)
„ Augsburg . .	58½	(64½)	„ Teuschnitz . .	15	(21)

Bemerkenswerth ist der verhältnissmässig mässige Consum in München uud Augsburg und vor Allem die bedeutende Abnahme gegenüber dem Vorjahre und dabei wird bemerkt, dass «ungefähr die Hälfte aller in München geschlachteten Rinder aus Oesterreich-Ungarn eingeführt waren.» Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass der Staat unter diesen Umständen seine oben besprochene Aufgabe nur erfüllen kann, wenn er die Vertheuerung des Fleisches nicht zulässt, welche durch übertriebene Erschwerung der Einfuhr erzielt werden soll. Dabei kann zugegeben werden, dass die ganze Ernährung wenigstens in einzelnen Gegenden auf dem Lande genügend zu sein scheint. So wird für Erding ein Consum angeführt von 150 g Eiweiss, 106 g Fett, 770 g Kohlehydraten und für Wolfstein (Niederbayern) von 168 g Eiweiss, 97 g Fett und 797 g Kohlehydraten. Wie gegen eine unberechtigte Fleischvertheuerung, so hätten die Aerzte auch die Verpflichtung, den Kampf gegen das Uebermaass des Biergenusses unausgesetzt zu führen, denn bis jetzt scheinen die darauf abzielenden Bemühungen noch wenig Erfolg gehabt zu haben. In der Stadt Schwabach z. B. betrug der Bierconsum noch 343 l pro Jahr und Person, natürlich Frauen und Kinder mitberechnet und ähnlich ist es im Amte München I.

Grössere Missstände als bezüglich der Nahrung dürften indessen bezüglich der Wohnungen bestehen und zwar in den Städten (ein bedauernswerthes Beispiel wird aus Regensburg angeführt), wie auf dem Lande (s. z. B. den Bericht von Oberfranken). Die unterfränkische Kammer hat desshalb einen Antrag an die Staatsregierung auf allgemein giltige Erlasse hinsichtlich der Belegbarkeit der Schlafräume für Dienstboten etc. gestellt und diesem Antrag wurde durch Ministerialentschliessung Berücksichtigung zugesichert.

Sehr guten Eindruck machen die Berichte über Anlage von von Wasserleitungen. Ein Wetteifer scheint hiefür entbrannt zu sein und wird nicht nur gesundes Trinkwasser, sondern auch grössere Reinlichkeit in Wohnung und Kleidung bringen, während jetzt noch in Bezug auf letztere sehr verbreitete Mängel und Unterlassungssünden bestehen. Für die vom technischen Bureau für Wasserversorgung ausgeführten Arbeiten wurde eine Staatsunterstützung von fast einer halben Million, ¼ der Gesammtkosten gewährt. Auch die Entfernung der Abfallstoffe wird mit theilweise grossen Opfern verbessert. Auch hier bleibt noch viel zu thun. So sind in Landshut sogar in Neubauten im Stadterweiterungsgebiete noch Versitzgruben zu finden und in Günzburg ist nahezu die Hälfte der Aborte «geradezu ungenügend und verwerflich, da sie weder mit Gruben, noch sonst einer Sammelvorrichtung ausgestattet sind.» Die Gesammtzahl der Tonnen beträgt nunmehr in Augsburg 2870.

Aus einer grossen Zahl von Berichten ist zu entnehmen, dass gerade bei den Masern dem Schulschlusse immer weniger prophylaktischer Werth beigelegt wird. Sonst wurde der Schulschluss besonders noch bei Diphtherie angeordnet.

Der Procentsatz der Beanstandungen untersuchter Nahrungs- und Genussmittel hat etwas abgenommen. Er betrug noch nahezu ein Fünftel der Proben; er war am höchsten bei Brod (35%), Butter-, Schmalz- und Schweineschmalz (17½%), ferner bei Bier (24%), bei Wein (13%). Bei den Untersuchungen in Speier entsprachen nur 46% der Butterproben den Anforderungen an eine gute Butter; die anderen hatten über 15% bis zu 33% Wasser! Kolb.

Prof. Dr. Karl v. Bardeleben: **Handbuch der Anatomie.** In Verbindung mit weiland Prof. Dr. A. v. Brunn in Rostock, Prof. Dr. J. Disse in Marburg, Prof. Dr. Eberth in Halle, Prof. Dr. Eisler in Halle, Prof. Dr. R. Fick in Leipzig, Prosector Dr. M. Heidenhain in Würzburg, Prof. Dr. F. Hochstetter in Innsbruck, Prof. Dr. M. Holl in Graz, Prof. Dr. Kuhnt in Königsberg, Privatdocent Dr. Mehnert in Strassburg, Prof. Dr. F. Merkel in Göttingen, Privatdocent Dr. Nagel in Berlin, Prof. Dr. Pfitzner in Strassburg, Prof. Dr. Puschmann in Wien, Prof. Dr. G. Schwalbe in Strassburg, Prof. Dr. Siebenmann in Basel, Prof. Dr. F. Graf Spee in Kiel, Prof. Dr. C. Toldt in Wien, Prof. Dr. Zander in Königsberg, Prof. Dr. Ziehen in Jena, Prof. Dr. Zuckerkandl in Wien. Verlag von Gustav Fischer in Jena.

Der rühmlichst bekannte Verlag von Gustav Fischer in Jena ist im Begriff ein literarisches Unternehmen von ganz ausserordentlichem Umfang in's Werk zu setzen, welches die Aufmerksamkeit der weitesten Kreise verdient. Es soll ein 8 Bände starkes anatomisches Handbuch zu Stande gebracht werden, welches den gesammten Stoff der wissenschaftlichen Anatomie und der Entwickelungsgeschichte umfasst, daneben auch die Beziehungen zur vergleichenden Anatomie, zur Physiologie und zur Heilkunde berücksichtigt. Die Physiologie besitzt bereits ein analoges Werk in dem Anfang der 80er Jahre erschienenen weit bekannten Hermann'schen Handbuch, während auf anatomischem Gebiete in neuerer Zeit der Versuch nicht mehr gemacht worden ist, das gesammte vorhandene Wissen mit einem Male im Rahmen einer monographischen Bearbeitung niederzulegen. Es ist ja hinlänglich bekannt, dass auf Grund der Ausarbeitung einer consequenten wissenschaftlichen Technik im letzten Vierteljahrhundert die Disciplinen der mikroskopischen Anatomie, Embryologie und vergleichenden Anatomie einen vergleichsweise ausserordentlichen Aufschwung erfahren haben, und dass mit dem steigenden Maasse der Erkenntniss die anatomischen Fachgelehrten immer mehr darauf hingeleitet worden sind, innerhalb ihrer ursprünglich mehr beschrei-

benden Disciplin die historischen, physiologischen, causalen Zusammenhänge zu suchen. Das Emporblühen des Specialistenthums und die Art der wissenschaftlichen Bethätigung des Einzelnen hat aber auch eine weitgehende Rückwirkung auf die Durcharbeitung der systematischen Anatomie des Menschen gehabt, so dass die descriptive Anatomie der früheren Zeiten ein modernes Antlitz erhalten hat. Wegen der ungeheuren Masse des zu Tage getretenen Stoffes wird indessen der Einzelne nicht mehr in der Lage sein, darüber urtheilen zu können, wie weit die auf dem Wege der anatomischen Specialforschung neu gewonnenen Erfahrungen und Gesichtspunkte in der Lehre vom Bau des menschlichen Körpers überall nutzbar gemacht werden können. So ist es denn mit Genugthuung zu begrüssen, dass unter der Aegide v. Bardeleben's eine grössere Zahl von Vertretern des anatomischen Faches (bezw. klinischer Specialdisciplinen für Auge, Ohr und Centralnervensystem) sich zusammengefunden hat, um die menschliche Anatomie nach modernen Principien ihrem vollen Umfange nach durchzuarbeiten und ein authentisches Gesammtbild unseres anatomischen Wissens zu entwerfen.

Für die an dem Werke betheiligten Personen ist nach der Ansicht des Referenten eine besondere «technische» Schwierigkeit in der Beschaffung der nöthigen Abbildungen enthalten. Ein anatomisches Handbuch muss gut illustrirt sein, wenn es seiner Bestimmung gerecht werden soll. Die Anfertigung neuer Präparate, ihre Wiedergabe in möglichst anschaulichen Zeichnungen und ihre schliessliche Reproduction, das werden die Hauptgegenstände der Sorge für Verfasser und Verleger sein. Wenn nun der Prospect angibt, dass das gesammte Werk im Ganzen circa 3000 Abbildungen, davon die meisten Holzschnitte, enthalten soll, so ermisst sich daran der Umfang der gestellten Aufgabe sowohl, wie die enorme Grösse der Kosten, die der Herr Verleger auf seine Schultern zu nehmen bereit ist. Das Werk erscheint, wie selbstverständlich, in Lieferungen, wird insgesammt circa 270 Bogen stark sein und etwa 135 Mk. kosten. Indessen ist auch jede Lieferung für sich allein käuflich, so dass Jedermann in der Lage sein wird, die ihn besonders interessirenden Abschnitte getrennt zu erwerben.

Die Redaction hat den 21 Mitarbeitern jeweils auf ihrem Gebiete eine sehr vollständige Freiheit der Bewegung überlassen. Dies kann einerseits dem Gedeihen des Ganzen, besonders rücksichtlich der Abrundung und Selbständigkeit der Einzelabschnitte nur nützlich sein; auf der anderen Seite ist es aber hiebei nicht zu vermeiden, dass die einzelnen Verfasser die ihnen zugefallene Aufgabe in sehr verschiedener Weise auffassen und zur Erledigung bringen. Dies zeigen die drei bereits erschienenen Lieferungen.

Lieferung 1: Skeletlehre. Abth. I: Allgemeines. Wirbelsäule. Thorax. Von Prof. Dr. J. Disse in Marburg. Mit 69 Abbildungen im Text. Pag. 1—69.

Diese Lieferung ist inhaltlich etwas zu kurz gekommen, was natürlich mit den persönlichen Ansichten zusammenhängt, die der Herr Verfasser vom Charakter eines Handbuches hat. Ausserdem wird dem Uneingeweihten nicht klar, wo denn eigentlich die specielle mikroskopische Anatomie des Knochensystems untergebracht werden soll, wenn nicht hier unter dem Titel «Allgemeines». Die später in Aussicht genommene Abtheilung über «Gewebe» kann doch wohl nicht die specielle Histologie der Organe bringen.

Lieferung 2: Skeletlehre. Abth. 2: Kopf. Von Prof. Dr. Graf v. Spee in Kiel. Mit 102 theilweise mehrfarbigen Originalholzschnitten. Pag. 93—372.

Graf Spee giebt unter sehr vollständiger Benützung der Literatur eine vorzügliche, umfangreiche Bearbeitung des Kopfskeletes, deren hervorragender Schmuck durch eine grosse Anzahl prachtvoller Abbildungen gebildet wird. Die trefflich ausgeführten Holzschnitte erreichen fast durchgehends eine ausserordentliche plastische Schärfe und grosse Naturtreue, und wir sagen nicht zu viel, wenn wir unser Urtheil dahin abgeben, dass diese Bilder sehr wohl mit allen bereits vorhandenen Bilderwerken um den Ehrenpreis concurriren können. Notabene müssen die Kosten des Holzschnittes enorme gewesen sein und zeigt diese Lieferung, wie sehr die Verlagsbuchhandlung bemüht ist, den weitgehendsten Ansprüchen des Publicums und der Autoren gerecht zu werden. Der Text ist sehr sorgfältig redigirt und zum Theil, wie beim Capitel «Schläfebein», völlig originell in der Darstellung, namentlich in der Verwendung des Entwickelungsgeschichtlichen.

Lieferung 3: Harn- und Geschlechtsorgane. II. Theil, 1. Abth.: Die weiblichen Geschlechtsorgane. Von Dr. med. W. Nagel, Privatdocent in Berlin. Pag. 1—159. Mit 70 Originalholzschnitten.

Nagel gibt auf Grund seiner reichen Erfahrungen eine präcise und klare Darstellung der weiblichen Genitalorgane. Auffallend ist, dass die Schilderung des Topographischen, sowie die Behandlung der Gefässe und Nerven im Texte vorangestellt wird, während die Organbeschreibung dann erst nachfolgt. Reiche Literaturangaben und eine grosse Anzahl tüchtiger Originalabbildungen sichern den Werth des Werkes.

Martin Heidenhain.

G. Sticker: Der Keuchhusten. — Der Bostock'sche Sommerkatarrh. Aus dem Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, herausgegeben von Nothnagel. Wien, Hölder, 1896. 142 S. (3 M. 60 Pf.)

Nach den einleitenden, von gründlichen Literaturstudien zeugenden Abschnitten über Geschichte und geographische Verbreitung des Keuchhustens gibt Verfasser eine treffende Schilderung des Krankheitsbildes und der Complicationen. Erwähnenswerth erscheint das vom Autor bei complicirtem Verlauf «ab und zu» constatirte Vorkommen von Milztumor. Der Erörterung der diagnostisch bezw. differentiell wichtigen Momente folgt eine eingehende kritische Darlegung der z. Z. über die Pathogenese aufgestellten Hypothesen. Zur Behandlung werden als Mittel, welche «bei geschickter Anwendung wesentlich den Verlauf beeinflussen», Chinin, in zweiter Linie der Kampher genannt. Die Diätetik, verschieden nach dem Stadium der Krankheit, dem Genius epidemicus, der Constitution des Kranken, ist gebührend gewürdigt — endlich die symptomatische Behandlung, da einsetzend, wo bedrohliche Erscheinungen auftreten. Gerade auf dem Gebiete der Diätetik im weitesten Sinne bietet ja die Krankheit, welche bei der mangelnden Kenntniss über den Infectionserreger kein Gegenstand einer causalen bezw. specifischen Therapie sein kann, dem gewissenhaften Arzt ein reiches Feld der Thätigkeit, wobei er freilich auf treubesorgte verständnissvolle Mithilfe der Pflege angewiesen ist.

Dem Keuchhusten ist in dem Bande: acute Infectionskrankheiten das sogen. Heufieber oder der Bostock'sche Sommerkatarrh angereiht, welcher sonst in den Handbüchern unter den nervösen Störungen der Nasenhöhle erscheint. Verfasser kommt bei abwägender Ueberlegung aller Züge des Krankheitsbildes und aller gesicherten auf die Entstehung bezüglichen Thatsachen zu der schon von Helmholtz aufgestellten Hypothese, dass der Bostock'sche Katarrh eine Infectionskrankheit sei. «Nur das Zusammentreffen eines lebendigen specifischen Krankheitserregers mit einer besonderen Disposition kann die Pathogenese des Bildes befriedigend erklären. Die Ursache der ganzen Krankheit ist die besondere, allgemeine und örtliche Disposition; die Ursache des einzelnen Jahresanfalles ist ein lebendiger Erreger. Die Ursachen der täglichen Verschlimmerungen sind die zahllosen äusseren Reize, gegen welche die verschiedenen Patienten verschiedene Empfindlichkeit besitzen, und unter diesen hat der Blüthenstaub einen gewissen Vorrang.» Sticker gelang es auch in trefflicher Weise aus den von zahllosen Autoren mit mehr weniger Berechtigung als hierhergehörig gemachten Angaben das wesentliche herauszugreifen und ein typisches Krankheitsbild zu schildern. Wenn auch die Thatsache, dass «nicht ein einziger Fall von Bostockschem Katarrh bis heute geheilt worden ist» als feststehend angesehen werden darf, so lässt sich doch durch eine quoad disponirende Ursache streng durchgeführte Prophylaxe Erfolg erreichen — besonders erscheint hier eine vor der kritischen Zeit angetretene Seefahrt zu schützen. Zur Behandlung sind neben diätetisch-hygienischen Maassnahmen besonders Chinin und Belladonna, auch Salicylsäure innerlich, ferner milde antiseptische Irrigationen der Nasenhöhle, von glaubhaften Autoren empfohlen. — Die Literatur des Heufiebers hat in langer Zeit keine so gründliche und klare Bearbeitung aufzuweisen.

Seitz.

Kaatzer-Rehburg: Bericht über 5 Jahre Tuberculinbehandlung bei Lungenschwindsucht. Sonderabdruck aus d. D. Med. Zeitung. Berlin 1896.

Post hoc, ob freilich ergo propter hoc? Das ist der strittige Punkt. Was K. von den kleinen Dosen Thorner's und C. Spengler's sagt (S. 6): «Die guten Resultate sind wohl weniger auf die Tuberculinwirkung, als auf die allgemeinen sonstigen Maassregeln, wie Diät u. s. w. zu setzen», dürfte vielleicht auf ihn zurückfallen. Er gesteht ja auch selbst zu (S. 11): «Einen wie grossen Antheil des Erfolges dabei (Gewichtszunahme) die andern Hilfsfactoren beanspruchen dürfen — — muss ich dahingestellt bleiben lassen.» Die Hauptthese, No. 4: «Durch Combinirung der Tuberculincur mit den bis jetzt anerkannten Behandlungsmethoden wird die Heilung der Lungenschwindsucht rascher, sicherer und angenehmer erreicht, als es früher der Fall war», ist weder was die Raschheit anlangt, noch die Sicherheit (Recidive treten ebenfalls auf, s. Fall 10), noch die Annehmlichkeit erwiesen (hohes Fieber, Lymphdrüsenschwellung, Herzpalpitationen, starke Kreuzschmerzen, Schlaflosigkeit, grosse Prostration, Wadenkrampf, Druck in den Augen zu den Annehmlichkeiten einer Cur zu rechnen, ist Geschmackssache!), daher dürfte auch These 6 nicht ohne Widerspruch bleiben: «Der abweichende Standpunkt gegenüber der Tuberculinbehandlung ist nicht gerechtfertigt.»

Dr. Georg Liebe-St. Andreasberg i. Harz.

Index catalogue of the Library of the Surgeon-Generals office, U. S. Army. Second Series. Vol. I. Washington 1896.

Kaum ein Jahr ist vergangen, seit wir in diesen Blättern den Schlussband des Index catalogue etc. von Billings (Bd. XVI) besprochen haben und schon liegt der erste Band einer neuen Folge dieses gewaltigen Werkes uns vor. Dieser ist von D. L. Huntington, Deputy Surgeon-General and Lieut. Col. U. S. Army verfasst, enthält von A bis Azzurri 6346 Autortitel, 6127 Bände- und 6327 Flugschriften- und damit 7884 Subjecttitel verschiedener Separatbücher und Brochüren und 30 384 Titel von Artikeln in verschiedenen Zeitschriften. Auch in seinem Umfang (14 und 828 Seiten) gleicht er ebenso den früheren Bänden, wie in der Sorgfalt der Durchführung bis in die kleinsten Einzelheiten. Wir haben also alle Ursache, dem Autor und der amerikanischen Regierung den herzlichsten Dank auszusprechen für dieses opulente Werk und die grosse Munificenz, mit der jene dasselbe an die Gelehrten aller Länder versenden. Für uns vergehen wenige Tage im Semester, in denen wir dasselbe nicht zur Belehrung in die Hand nehmen und uns immer wieder beim Aufsuchen der in ihm citirten Quellen über die absolute Zuverlässigkeit seiner Angaben freuen. Welch' eine Menge von Zeit und Mühe jedem Forscher auf ärztlichem und naturwissenschaftlichem Gebiet durch seine Existenz erspart wird, das vermag nur der zu beurtheilen, welcher dem Fortschreiten dieses Werkes seit 17 Jahren gefolgt ist. Die dankbarste Anerkennung, welche ihm von allen Seiten zu Theil geworden ist, möge den Verfassern und der nordamerikanischen Regierung eine freudige Anregung, auf dem bisherigen Wege fortzufahren, und eine liebe Entschädigung sein für all' die Anstrengungen und Kosten, welche mit seiner Herstellung verbunden sind!

F. v. Winckel.

The American year-book of medicine and surgery etc. 1896. Erschienen bei W. B. Saunders in Philadelphia.

Es ist ein wirklich imposantes Werk, das uns mit dem amerikanischen «Jahrbuch für Medicin und Chirurgie» vorgelegt wird. Eine lange Reihe namhafter amerikanischer Fachgenossen hat den ungeheuern Stoff, der alle Gebiete der Heilkunde umfasst, mit ausserordentlichem Fleisse und grossem Geschick gesammelt und bearbeitet, George M. Gould hat die Herausgeberarbeit des riesigen, 1128 Textseiten grossen Bandes gethan. Wir haben in Deutschland ein ähnliches, nur in bescheidenerem Rahmen gehaltenes Sammelwerk: J. Schwalbe's Jahrbuch der praktischen Medicin. Wie letzteres will auch das amerikanische Jahrbuch weniger eine Uebersicht über die literarischen Leistungen des Jahres geben, diese Absicht lehnt der Herausgeber vielmehr ausdrücklich ab, sondern nur das aus allen Sparten der Medicin zusammenstellen und als geschlossenes Ganze darbieten, was nicht nur neu ist, sondern thatsächlich auch einen Fortschritt bezeichnet. Das Werk ist prächtig ausgestattet: Ausser einer Menge dem Texte beigedruckter instructiver Holzschnitte bringt es auf 33 Tafeln wirklich künstlerisch vollendete Bilder pathologisch interessanten Inhaltes, aus denen ich nur einige als ganz eminent gelungen und instructiv hervorhebe: Fälle von Lepra, Abbildungen von maternal distocia, Halstead's Operation der Brustamputation, Fälle von infantilem Myxoedem, Akromegalie, ferner die originelle Versinnbildung einer Methode einer raschen Erweiterung des Muttermundes mittelst der Hand etc. Jeder, der klinische Photographien aufzunehmen hat, wird aus dem amerikanischen Jahrbuch etwas für diese Kunst absehen können. Bei weiteren Einzelnheiten zu verweilen, verbietet sich von selbst bei einem über 1100 Seiten umfassenden Werke, dessen Gebrauch durch ein sorgfältig geführtes, 55 Seiten langes Inhaltsverzeichniss sehr erleichtert wird.

Das Jahrbuch ist ein Gedenkstein der jenseits des Oceans geleisteten medicinischen Forscherarbeit und ist wohl geeignet, jedem Arzte den Blick auf den «Weltmarkt» unserer Fachliteratur zu erschliessen.

Dr. Grassmann-München.

Neueste Journalliteratur.

Centralblatt für Chirurgie. 1897, No. 8 u. 9.

No. 8. Credé: **Itrol als Antisepticum.**

In Erwiderung auf die Arbeit von Meyer (der eine geringere antiseptische Kraft dieses Mittels fand als C.) betont C. von Neuem den Werth der Silbersalze; die Actollösung von 1 : 300—500 ist einer 1°/oo Sublimatlösung völlig gleichwerthig und werden desshalb zu bequemerem Gebrauch von der Firma Heyden Actol-Tabletten in den Handel gebracht. C. ist auf Grund seiner fortschreitenden Erfahrung der Ueberzeugung, dass man in dem Itrol ein Antisepticum von eminenter Kraft, vollständiger Reizlosigkeit und gänzlicher Ungiftigkeit besitzt, das kreisend im thierischen Körper noch eine viel grössere Kraft entwickelt, als todten Eiweisslösungen gegenüber (analog der Jodoformwirkung); durch die Silbersalze soll nach C. eine viel grössere Sicherheit des chirurgischen Handelns erzielt werden, als es bisher der Fall war.

J. L. Beyer: **Silbergaze als Verbandstoff.**

B. erwidert auf die Einwände des Dr. v. Zajontschkowski und hält speciell für die Gaze (die auch sterilisirbar ist) nach der neuen Herstellungsmethode daran fest, dass es sich dabei um einen bactericiden Verbandstoff handelt, dass das Verfahren der Silberbehandlung die Reizlosigkeit der Asepsis mit der Sicherheit und allgemeinen Anwendbarkeit der Antisepsis verbindet.

H. Braun-Göttingen: **Ein Fall von innerer Einklemmung nach Darmresection mit Enteroanastomose.**

Da die meisten Operateure nach Ausführung der Darmresection und Anastomosenbildung bisher auf eine Naht der durch die Abbindung des Mesenteriums entstehenden Oeffnung verzichten, theilt B. den Fall eines 38 jährigen Mannes mit, an dem 1892 wegen Anus praeternat. nach gangraenöser Hernie Enteroanastomose gemacht wurde und der danach zuweilen leichte Anfälle, die wohl auf Durchtritt von Eingeweiden mit leichter Achsendrehung zurückzuführen sind, hatte, bis nach etwa 5 Jahren eine Achsendrehung einer längeren Dünndarmschlinge erfolgte, die zu Ileus und zur Laparotomie führte und wobei nach Reposition der betreffenden Schlinge der Mesenterialschlitz durch die fortlaufende Naht geschlossen wurde. B. erweitert danach die auch von Heidenhain für die nach Exstirpation des Coecums ausgeführte Enteroanastomose gestellte Forderung des Schlusses der Mesenterialspalte dahin, dass in allen Fällen von Enteroanastomose nach Darmresection (ebenso wie nach circulärer Darmnaht) der Schlitz im Mesenterium geschlossen werden müsse, um der Möglichkeit einer inneren Einklemmung vorzubeugen. Nur ausnahmsweise wird die Naht in der Weise, dass direct die freien Ränder vereinigt werden, gemacht werden können.

No. 9. Zehnder-Passau: **Ueber Schenkelhalsverbiegung.**

Mittheilung von 6 neuen Fällen, von denen mehrere Kinder betrafen, nur in 2 liessen sich rachitische Erscheinungen nachweisen, bei 2 bestand Innenrotation.

Loewy-Berlin: **Nabelbruchband mit regulirbarer Glycerinpelotte DRP.** unterscheidet sich von den plattenförmigen Pelotten dadurch, dass ihre Angriffsfläche nur auf den Nabelring selbst beschränkt ist.

Loewy: **Leistenbruchband mit regulirbarer Glycerindruckpelotte,** mit durch Federdruck regulirbarer Druckpelotte, wodurch selbst die schwersten Scrotalhernien zurückgehalten werden sollen, indem die ganze Druckkraft der relativ kleinen Pelotte nur auf die Ursprungsstelle des Bruchsackhalses concentrirt ist.

Schr

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 36. Band. 1. Heft. 1897.

1) Fr. Pels-Leusden-Marburg: **Ueber die serotinalen Riesenzellen und ihre Beziehungen zur Regeneration der epithelialen Elemente des Uterus an der Placentarstelle.**

Die Herkunft der sogen. Riesenzellen der Decidua serotina oder «syncytialen» Riesenzellen ist in letzter Zeit Gegenstand mehrfacher Untersuchungen gewesen. Marchand, der sich besonders hiermit beschäftigt hat, veranlasste P.-L. die weiteren Schicksale jener Riesenzellen nach der Geburt festzustellen und ihre eventuelle Bedeutung für die Regeneration der Placentarstelle nachzuweisen. P.-L. hat das Verhalten der Placentarstelle nach der Geburt in 37 Fällen untersucht. Wir können auf die Einzelresultate dieser zahlreichen und zum Theil sehr genau beschriebenen Befunde an dieser Stelle nicht eingehen. P.-L.'s Schlussfolgerung geht dahin, dass die Einwanderung der syncytialen Zellen in die Uteruswandung die Bedeutung besitzt, dass daselbst Material aufgespeichert werde, von dem aus die im Laufe der Gravidität mehr und mehr an Drüsenresten verarmende Placentarstelle wieder mit neuen Drüsen versorgt werden kann.

2) G. Kratzenstein-Berlin: **Die Dauererfolge der Ovariotomie bei malignen Ovarialtumoren.**

Während die Operationsresultate der gutartigen Ovarialkystome bereits eine Heilungsziffer von 95 Proc. aufweisen, geben die malignen Ovarialtumoren noch sehr ungünstige Ziffern. K. hat eine statistische Zusammenstellung von 100 Fällen maligner operirter Ovarialtumoren aus der Berliner Universitäts-Frauenklinik (Olshausen) gemacht, die den Jahren 1879—1892 entstammen und über deren Dauererfolge er Nachrichten erhalten konnte. Zu den malignen Tumoren wurden nach Olshausen's Eintheilung gerechnet: primäre Carcinome, Sarkome und ihre Mischarten; durch Degeneration primär benigner Kystome entstandene Carcinome; die sogen. Fibrosarkome. Die primären Resultate ergaben eine Mortalität von 28 Proc., darunter allein 11 Proc. an Infection. An Recidiven erkrankten 34 Proc., von denen 32 Proc. gestorben waren. Dieselben vertheilen sich auf 2 Sarkome, 11 krebsig glanduläre und 10 krebsig papilläre Kystome, 9 Carcinome. Fibrosarkome recidivirten überhaupt nicht, so dass K. diesen Tumoren die Malignität absprechen möchte. Als wirklich geheilt konnten 36 Proc. angesehen werden, von denen 31 noch leben und 5 an intercurrenten Krankheiten gestorben sind. Die 31 noch Lebenden vertheilen sich auf 11 Fibrosarkome, 4 Sarkome, 3 Combinationsgeschwülste, 12 krebsige Kystome und 1 reines Carcinom. Die Heilungsdauer beträgt zwischen 5 und 14 Jahren. Von den 34 Recidiven sind als locale 12, Lymphdrüsen- 3, metastatische 9 und Weiterwucherungen 8 (nach Winter's Eintheilung) zu bezeichnen. Eine Tabelle über sämmtliche 100 Fälle beschliesst die fleissige Arbeit.

3) Funke-Strassburg i/E.: **Zur totalen Uterusexstirpation per laparotomiam speciell zur Beurtheilung der Stellung der Indication zur Myomotomie.**

Die vorliegende Arbeit bespricht auf Grund der letzten 25 Fälle aus der Freund'schen Frauenklinik die Indicationen der abdominalen Totalexstirpation und ihre Stellung zur Myomotomie. Allgemein indicirt ist die Operation nur bei Carcinom und Sarkom des Uterus. Sie concurrirt hier nur mit der vaginalen Totalexstirpation. Alle bösartigen Tumoren, welche die Nabelhöhe erreichen, ferner solche mit Complication entzündlicher oder maligner Adnexerkrankung sollen abdominal entfernt werden. Bei Sectio caesarea wegen Carcinom soll ebenfalls nur per laparotomiam operirt werden. Die Frage, ob die Grenze der Operirbarkeit bei Eröffnung des Bauches weiter gelegt werden kann, als bei der vaginalen Methode, beantwortet F. dahin, dass die Grenzfälle der überhaupt noch operablen Fälle unbedingt per abdomen operirt werden müssen. Die Anfangsstadien aller Carcinome und das Portiocarcinom gehören der vaginalen, das Corpuscarcinom in der Regel der abdominalen Operation. Die Mortalitätsziffer der letzteren ist in den letzten Jahren sehr herabgegangen und beträgt in den letzten 15 Carcinomfällen Freund's nur noch 20 Proc.

Für die Myome concurriren die vaginale Totalexstirpation mit Morcellement, die supravaginale Amputation und die Totalexstirpation des Uterus, letztere beide per laparotomiam. Der vaginalen Methode gehören die Fälle bis zur Kindskopfgrösse, wenn der Tumor bequem von der Vagina zugänglich ist und der Kräftezustand der Patientin gut ist. Contraindicirt ist sie überhaupt bei Adenomyomen wegen der fast stets vorhandenen Verwachsungen. Hier, sowie in zweifelhaften und sogen. Grenzfällen ist die Laparotomie vorzuziehen. Bei einfachen Myomen ist dann die supravaginale Amputation angezeigt. Bei verjauchten Myomen des Corpus uteri und verjauchten submucösen Tumoren ist die Totalexstirpation zu machen; bei verjauchten subserösen Myomen und gesundem Cervix ist die supravaginale Amputation indicirt.

Zum Schluss berichtet F. noch über die technischen Modificationen, welche die Freund'sche Operation im Laufe der Jahre erfahren hat. Jaffé-Hamburg.

Centralblatt für Gynäkologie. No. 9.

1) R. Biermer-Bonn: **Zwei Fälle von Ovarialhernien.**

Der I. Fall betraf eine 37jährige Frau, multipara, die seit 15 Jahren eine Anschwellung der rechten Leistenbeuge bemerkte. Bei der Aufnahme fand sich eine diffuse Anschwellung daselbst, deren Diagnose zwischen Hydrocele lig. rot. und Hernia inguinal. ovarii dextri schwankte. Die Operation ergab das letztere. Glatte Heilung. — Im 2. Fall hatte ein 26jähriges Mädchen einen wallnussgrossen Tumor in der rechten Leistenbeuge, der als dislocirtes Ovarium gedeutet wurde. Die Untersuchung in Narkose bestätigte diese Ansicht und zugleich gelang die Reposition. Patientin wurde mit einem Bruchband entlassen. — Die übrigen Ausführungen B.'s betreffen die Geschichte, Aetiologie, Symptome und Therapie der Ovarialhernien.

2) W. Wolfram-Riga: **Ein Beitrag zur Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener.** In einem Falle von Asphyxie eines Neugeborenen, wo die Schultze'schen Schwingungen wegen der niedrigen Decke der Wohnung nicht vorgenommen werden konnten, gelangte W. dadurch zum Ziele, dass er das Kind quer auf seinen Schooss, mit herunterhängendem Kopf, legte; nun umfasste er mit der Linken den Thorax, mit der Rechten von hinten die Oberschenkel des Kindes, hob letztere gegen die Bauchhöhle und comprimirte gleichzeitig den Thorax. Beim Nachlass dieser Bewegungen erfolgte das erste Inspirium. In einem 2 Fall tiefer Asphyxie bewährte sich das Verfahren ebenfalls. Jaffé-Hamburg.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 9. Bd. 5. u. 6. Heft.

D. Gerhardt: **Ueber das Zittern bei Paralysis agitans.** (Aus der med. Klinik in Strassburg.)

Die von Charcot aufgestellten Unterscheidungsmerkmale zwischen dem Zittern bei der Schüttellähmung und dem bei multipler Sklerose, — hier Intentions-Tremor, welcher in der Ruhe abnimmt, dort Nachlass der in der Ruhe bestehenden Oscillationen bei Bewegung — können nicht als für alle Fälle zutreffend anerkannt werden.

Es kommt häufig auch bei der Paralysis agitans eine Art von Zittern vor, die als Intentionstremor bezeichnet werden muss. Trotzdem wird die Differentaldiagnose zwischen beiden Krankheiten meist nicht schwer fallen, abgesehen von der Berücksichtigung des doch recht verschiedenartigen Gesammtkrankheitsbildes ist der Intentionstremor bei Paralysis agitans gegenüber dem hastigen unsicheren Greifen bei der Sklerosis multiplex auffallend träg und zögernd.

Rosenblath: **Ein Beitrag zur Pathologie der Polyneuritis.** (Aus dem Landkrankenhause zu Cassel.)

Die drei hier mitgetheilten Fälle von multipler Neuritis haben recht verschiedenartige Aetiologie.

Bei einem Patienten begann die Erkrankung mit Anaemie, Störung in der Herzthätigkeit, Anasarka und Hydropsien; später atrophische Lähmungen in den Extremitäten; da keine Infectionskrankheit vorausgegangen war und keine chronische Intoxication — speciell der Alkohol nicht — angeschuldigt werden konnte, fasst Verfasser diese Erkrankung als Beriberi auf.

Der zweite mitgetheilte Fall, eine typische Alkoholneuritis kam zur Autopsie: Rückenmark und Muskeln boten normale Verhältnisse, die in den peripheren Nerven gefundenen Veränderungen werden ausführlich beschrieben.

Bei dem 3. Falle, einer postdiphtherischen Lähmung, war dagegen das peripherische Nervensystem völlig intact und nur an den Rückenmarkswurzeln und den Theilen des Rückenmarks, in welche die Wurzeln einstrahlen, waren Degenerationen nachweisbar.

Bettmann: **Ein Fall von Thomsen'scher Krankheit mit Tetanie und einseitigem Fehlen des M. supra und infraspinatus.** (Aus der Heidelberger med. Klinik.)

Eine augenscheinlich zufällige Vereinigung zweier Krankheitsbilder, der Tetanie und der Myotonie.

Arndt: **Zur Differentialdiagnose der traumatischen Neurosen.** (Aus der Oppenheim'schen Poliklinik für Nervenkrankheiten.)

Mittheilung von 2 Krankengeschichten mit eigenartiger (gekreuzter) Vertheilung der Störungen (Anaesthesien und Paresen). Nach einem Sturze aus beträchtlicher Höhe war motorische Schwäche und Abstumpfung des Gefühles im linken Arm und im rechten Bein aufgetreten, ganz ähnlich gekreuzte Lähmung konnte bei einem 2. Kranken, welcher 2 verschiedenen Unfällen ausgesetzt war, constatirt werden.

Obgleich solche Störungen schon wiederholt bei organischen Leiden beobachtet wurden, glaubt Verfasser die Annahme eines solchen zurückweisen zu müssen und theilt die Erkrankung der traumatischen Hystero-Neurasthenie zu; bestätigt wird diese Diagnose durch die Art und die Anzahl der subjectiven Klagen (Depression, Weinerlichkeit, Schlaflosigkeit) beider Patienten.

Hitzig: **Ein Fall von vorwiegend bulbärer Syringomyelie.** (Aus der med. Klinik in Zürich.)

Neben classischen Zeichen von Syringomyelie des Halsmarkes: Muskelatrophie, Contractur und Schrundenbildung an den Händen, dissociirte Empfindungslähmung, fibrilläre Zuckungen in der Oberarmmusculatur, spastische Parese in den Beinen, Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule sind auch Störungen im Bereiche der bulbären Nerven aufgetreten. Das Gesicht ist asymetrisch und zwar ist die erkrankte Seite voluminöser, der Geschmackssinn ist links aufgehoben, die linke Zungenhälfte atrophirt, der linke vordere Gaumenbogen paretisch, das linke Stimmband endlich ist gelähmt und anaesthetisch.

H. König-Dalldorf: **Ueber Mitbewegungen bei gelähmten und nicht gelähmten Idioten.**

K. weist durch zahlreiche Untersuchungen nach, dass die von Westphal und Senator bei gelähmten Idioten beobachteten und beschriebenen Mitbewegungen auch bei nicht gelähmten Idioten vorkommen, doch seien sie hier auch weniger häufig und intensiv und leichter durch den Willen unterdrückbar.

Strümpell: **Ueber Störungen des Wortgedächtnisses und der Verknüpfung der Vorstellungen bei einem Kranken mit rechtsseitiger Hemiplegie.**

Bei einem Kranken mit gewöhnlicher rechtsseitiger Hemiplegie war es nicht zur vollständigen Aufhebung, sondern nur zu einer Abschwächung der associativen, d. h. der beim sprachlichen Denken in Betracht kommenden Vorgänge und Verbindungen gekommen, (psychisch-associative Amnesie.) Der recht gebildete Patient sucht die fehlenden richtigen Associationen und Worte auf Umwegen durch Umschreibungen zu verdecken, daneben war eine deutliche Schwäche der Aperception und mangelhaftes Gedächtniss für längere Wortfolgen zu constatiren.

Die durch Stenogramm aufgenommenen ausführlich mitgetheilten Unterredungen mit dem Kranken bieten in psychologischer Beziehung viel Interessantes und Anregendes.

Brauer: **Ueber einen klinisch beobachteten Fall von Pseudo-Bulbaerparalyse im Kindesalter.** (Aus der med. Klinik in Heidelberg).

Casuistische Mittheilung.

Köster: **Ein Beitrag zur Differentialdiagnose der Erkrankungen des Conus medullaris und der Cauda equina.** (Aus der Poliklinik für Nervenkranke von Oppenheim-Berlin).

Bei einem syphilitisch inficirten Manne plötzliches Auftreten von Gefühlsstörungen im Bereiche des Anus und der Rückseite beider Beine, ferner von Störungen in den Blasen-, Mastdarm- und Geschlechtsfunctionen. Der schwierige Entscheid, ob ein peripherisches Leiden oder eine Erkrankung der Cauda equina oder eine solche des Conus medullaris vorliegt, wird durch Annahme eines specifischen Erweichungsherdes im unteren Sacralmark getroffen.

Muchin-Warschau: **Beitrag zur Kenntniss der toxischen spastischen Spinalparalyse.**

Verfasser, der schon wiederholt und ausführlich über diese Krankheit geschrieben hat, theilt wieder eine Reihe von Beobachtungen über die syphilitische Form der spastischen Spinalparalyse mit.

Clemens: **Ein Beitrag zur Casuistik der Erkrankungen am unteren Ende des Rückenmarkes.** (Aus der med. Klinik in Freiburg.)

Auch in diesem Falle, wie oben, Störung im Blasen-, Mastdarm- und Sexualgebiet, Sensibilitätsstörungen an dem Gesäss und an der hinteren Seite der Oberschenkel. Die Frage, ob Conus- oder Caudaaffection, wird eingehend erörtert, aber nicht entschieden.

Schultze: Dr. Karl Eisenlohr. Nekrolog.

Besprechungen. L. R. Müller-Erlangen.

Berliner klinische Wochenschrift. 1897. No. 10

J. Hirschberg-Berlin: **Ueber die Körnerkrankheit in Ost- und Westpreussen.**

M. Kirchner-Berlin: **Die Bekämpfung der Körnerkrankheit (Trachom) in Preussen.**

Bezüglich dieser beiden Aufsätze cfr. das Referat pag. 182 dieser Wochenschrift.

S. Wolf-Strassburg: **Ein Beitrag zur Aetiologie der circumscripten Meningitis.**

Bei einem 34jährigen Mann, der lange Zeit an rechtsseitigen Ohrschmerzen, sowie Kopfschmerzen gelitten hatte, trat nach initialem Schüttelfrost Fieber, Pulsverlangsamung, dann ein apoplektischer Insult auf. Prof. Madelung trepanirte und entleerte etwas Eiter, der über dem rechten Schläfelappen lag. An demselben Tage Koma, am folgenden Exitus letalis. Es fand sich ein Thrombus im rechten Sinus transversus und in einer in denselben mündenden Pia-Vene mit centraler Erweichung, dann eine circumscripte eitrige Pachy- und Leptomeningitis, chronische Otitis media. Im Eiter wurde der Pneumococcus Fränkel nachgewiesen, aus dessen durch Thierversuch constatirter geringer Pathogenität Verfasser die geringe locale Verbreitung des Processes erklärt. Neben dem Diplococcus intracell. Weichselbaum darf auch der Pneumococcus Fränkel als Erreger der Cerebrospinal-Meningitis betrachtet werden. Letzterer kommt besonders bei der circumscripten Meningitis in Betracht.

A. Albu-Berlin: **Die Wirkungen körperlicher Ueberanstrengungen beim Radfahren.**

Cfr. das Referat pap. 211 dieser Wochenschrift.

Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift 1897, No. 11.

1) O. Vierordt: **Zur Einführung der Hydrotherapie in die praktisch zu lehrenden Unterrichtsgegenstände.** (Aus der medicinischen Universitätspoliklinik in Heidelberg.)

Da die Hydrotherapie keine bestimmten Gesetze von allgemeiner Anwendbarkeit verträgt, ihre Wirkungen vorwiegend im unsicheren Gebiete der Reflexe liegen und individuell wechselnd sind, ist sie bisher mehr eine Kunst als eine Wissenschaft und muss als solche vorwiegend praktisch betrieben und gelernt werden. Den Kliniken fällt die Aufgabe der hydrotherapeutischen Behandlung der acuten und schweren chronischen Krankheiten zu. Dass aber auch die grosse Zahl der gewöhnlichen chronischen Kranken, Reconvalescenten von acuten Krankheiten und der leichteren Fälle von beginnender Phthise, verschiedenen Herz- und Lungen-Affectionen, Nervenleiden, Rheumatismen, Constitutionskrankheiten u. s. w. poliklinisch, bezw. ambulant mit Erfolg hydropathisch behandelt werden kann, zeigt V. durch die von ihm errichtete und mit der Poliklinik in Verbindung stehende hydrotherapeutische Anstalt in Heidelberg. Bedingung dieser Anstalten ist sorgfältige, bis in's einzelne gehende ärztliche Aufsicht.

2) Fred Neufeld: **Treten im menschlichen Blute nach überstandener Streptococcenkrankheit Antikörper auf?** (Aus dem Institut für Infectionskrankheiten in Berlin.)

Eine Prüfung des Blutserums in einem Falle geheilter Streptococcensepticaemie ergab selbst gegen den aus ihrem eigenen Blute gezüchteten Mikroorganismus keinen schützenden Effect. Damit ist die durch die bisherigen Thierexperimente und Untersuchungen von Petruschky und Anderen bereits wahrscheinlich gemachte Thatsache erwiesen, dass im Gegensatz zu den bei der Diphtherie herrschenden bekannten Gesetzen es nicht möglich ist, beim Thier künstlich eine Anhäufung von Streptococcenantikörpern im Blute zu erzielen, ebensowenig wie es der Natur beim Menschen gelingt, durch eine Erysipelinfection eine Immunität gegen folgende Infectionen zu schaffen.

3) G. Gutmann-Berlin: **Ueber Holocaïn, ein neues Anaestheticum.**

Das der Classe der Aethenylamidine angehörige und in nahen Beziehungen zum Phenacetin stehende Holocaïn bewirkt in einer 1 proc. Lösung seines salzsauren Salzes bereits in 1—2 Minuten eine durchschnittlich 10 Minuten dauernde vollständige Anaesthesie der Cornea, ohne eine erhöhte Congestion wie das Eucaïn, noch eine Epitheltrübung oder eine Spannungsverminderung des Bulbus, wie das Cocaïn hervorzurufen. Die Pupillenweite blieb unverändert, ebenso die Accommodation. Ein Nachtheil des Präparates ist, dass es nur in alkalifreien Gläsern oder Porcellan sterilisirt werden kann und, vorläufig wenigstens, wegen toxischer Erscheinungen nur mit Vorsicht subcutan verwendet werden darf. —

4) M. Sternberg-Wien: **Altes und Neues über die Behandlung der Gicht.**

Ein historisch-kritisches Referat.

5) R. Fischl-Prag: **Tetanie, Laryngospasmus und ihre Beziehungen zur Rachitis.**

Schluss aus No. 10 der deutschen medicinischen Wochenschrift. Referat, siehe diese Wochenschrift 1896, No. 42, pag. 1022.

6) **Aus der ärztlichen Praxis**:

a) Goering-Meissen: **Ueber Ablösung der Bindehaut der Oberlider vom Tarsus nach Verletzungen.**

Die in den Lehrbüchern als bisher noch nicht beschrieben erwähnte Erscheinung einer totalen Ablösung der Conjunctiva palpebrae superioris vom Tarsus in Folge von Bluterguss und Emphysem wurde von G. in zwei Fällen, im Anschluss an eine durch Sturz erfolgte Schädelfractur und bei einer Zangengeburt beobachtet.

b) Schrader-Naumburg a. S.: **Noch ein Fall von Exstirpation einer Lebergeschwulst.**

Casuistische Mittheilung.

c) C. Silberstein-Berlin: **Ein Fall von Thyreoidismus.**

In dem beschriebenen Falle scheint es sich weniger um eine Wirkung der Drüse, als um eine Intoxication mit einem faulig zersetzten Präparate zu handeln. Eine Warnung, alle derartigen organischen Präparate stets auf ihre Reinheit und Frische zu prüfen.

F. L.

Wiener klinische Wochenschrift 1897. Nr. 9.

1) A. Haberda-Wien: **Ueber Arsenikvergiftung von der Scheide aus und über die locale Wirkung der arsenigen Säure.**

Bei der Section einer 25jährigen Dienstmagd aus Steiermark fand H. den oberen Theil der Vagina durch ein fibrinöses Exsudat ausgefüllt, das einen mehr als haselnussgrossen Papierpfropf umschloss. Der Inhalt des letzteren bestand aus Arsenikkörnchen. Die Leiche zeigte sonst leichten Ikterus, Hämorrhagien, Verfettung des Herzens, der Leber, Nieren, Veränderungen des Magens und Darmes. Nach Aufzählung der wenigen Fälle, wo Arsenik per vaginam in selbstmörderischer Absicht — wie oben — oder verbrecherisch einverleibt wurde, berichtet H. über Thierversuche betr. der localen Wirkung der arsenigen Säure. Er kam zu dem Resultat, dass Arsenik den Aetzgiften nicht zuzuzählen ist, welche am Orte der Einwirkung durch Fällung oder Lösung des Organ-Eiweisses primär zur Ertödtung des Gewebes führen.

2) A. Valenta v. Marchthurn-Wien: **Weitere 19 mittelst Laparotomie behandelte Fälle von Bauchfelltuberculose.**

Als Erklärung für die günstige Wirkung der Operation führt Verfasser aus der Literatur 20 verschiedene Variationen an. Die vorliegende Statistik gibt 47—94 Proc. Heilungen der Periton. tuberc. durch Laparotomie an. v. M. gibt die Krankengeschichte von 19 solchen Fällen, die an der Chrobak'schen Klinik operirt wurden, wieder. An der Operation starb keine der Kranken; sicher gestellte Heilung der Peritonitis erfolgte bei 12, davon starben später 2 an Lungentuberculose, deren Bestehen nach Verfasser keine Contraindication gegen die Operation ist, da das Lungenleiden sich manchmal sogar bessert.

3) J. Tandler-Wien: **Ueber Mesenterial-Varietäten.**

Der mit mehreren Illustrationen ausgestattete Artikel, dessen Inhalt sich wegen der integrirenden entwickelungsgeschichtlichen Details zu einer kurzen Wiedergabe nicht eignet, bespricht ausser der Entwickelung des Mesenteriums eine Reihe von Präparaten. Die geschilderten Varietäten entstanden theils durch die Hemmung der sogen. «secundären Verwachsung», theils dadurch, dass bei

der Entwickelung des Darmes die einzelnen Darmabschnitte nicht an ihre normale Stelle gelangten. Dr. Grassmann-München.

Inaugural-Dissertationen.

Universität Freiburg i. B. Januar 1897.

1. Bornemann Bernhard: Ueber das Anti-Streptococcen-Serum (Marmorek).

Februar 1897.

2. Dehner Hermann: Zwei Fälle von Hernia obturatoria.
3. Ellerhorst Max: Die Milch als Verbreitungsmittel menschlicher Infectionskrankheiten.
4. Rutgers M.: Beiträge zu den Operationen am Magen.
5. Guffroy Gerard Ferd: Endothelioma Ovarii.
6. Pfeifer Berthold: Beitrag zur Casuistik der Augenlepra.

Universität München. Februar 1897.

11. Küster Ernst Friedrich: Ueber Pyelitis und Pyelonephritis.
12. Wulff Paul: Ein Fall von congenitalem Sacraltumor (Cysto-Sarkom).
13. Bachmann Wilhelm: Fremdkörper im Oesophagus. Bemerkungen zur Diagnose, Therapie und Ausgang.
14. Zängerle Max: Ueber kryptogenetische Septicopyaemie.
15. Eschenbach Max: Ueber Beeinflussung der Resorption der Fette im Dünndarm durch Arzneimittel.
16. Horn G.: Ueber einen Fall eines enormen Myxosarkoms des Unterkiefers.
17. Schoeneberg Paul: Ueber Fremdkörper in der Umgebung des Auges.
18. Engelmann Fritz: Das Verhalten der Menstruation bei Ovarialtumoren.
19. Falk Gustav: Ueber die Beziehungen der Tabes dorsalis zur Syphilis.
20. Eichner Franz: Ueber tuberculöse Hernien.
21. Perlmutter Bernhard: Ueber Dermatol und dessen innere Anwendung.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 11. März 1897.

Vor der Tagesordnung demonstrirt Herr R. Kuttner einen 13jährigen Knaben, welcher seit Jahren an Urinbeschwerden litt, die K. auf einen im hinteren Theil der Urethra sitzenden Stein zurückführen konnte. Zertrümmerung des Steines in loco, ohne jegliche Verletzung der Schleimhaut, Entfernung der Theilchen, Heilung.

Herr J. Israel meint hiezu, dass in solchen Fällen doch die Urethrotomie das ungefährlichere Verfahren sei.

Discussion über den Vortrag des Herrn **Abel: Ueber Abortbehandlung.**

Herr Mackenrodt ist der Meinung, dass der glückliche Ausgang der von A. behandelten Aborte nicht auf die Jodoformgazetamponade zurückzuführen sei, dass man vielmehr mit jedem Verfahren, wenn es nur zweckentsprechend angewendet werde, zum Ziele gelange. Ja, er hält die alte Methode der Scheidentamponade für die ungefährlichere, wenn auch langsamer wirkende, wie die Uterustamponade.

Den Nutzen der bacteriologischen Forschung und der Berücksichtigung der bacteriologischen Verhältnisse in jedem Falle von Abort habe Abel doch sehr unterschätzt.

Endlich spricht sich M. für die Totalexstirpation des Uterus in gewissen Fällen von septischer Infection desselben aus, ohne jedoch stricte Indication hiefür aufzustellen.

Herr Kossmann liefert an der Hand seines Buches den Beweis, dass Abel ihn in völlig entstellter Weise citirt und er selbst keineswegs ein rasches operatives Eingreifen u. dergl. empfohlen habe.

Sachlich bemerkt K. noch, dass auch er in erster Linie die Scheidentamponade, dann erst die Uterustamponade empfehle, da letztere doch nicht so ungefährlich sei.

Herr Abel: Schlusswort.

Herr **A. Fraenkel: Ueber einige Ausgänge und Complicationen der Influenza.**

Vortrag konnte vom Redner nur begonnen werden; wird im Zusammenhang referirt werden. H. K.

Biologische Abtheilung des ärztlichen Vereins Hamburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 23. Januar 1897.

Vorsitzender: Herr Lenhartz. Schriftführer: Herr E. Delbanco.

Herr **Meinecke: Harnblasenerkrankung durch das Distoma haematobium.**

Am 29. December 1896 kam im Eppendorfer Krankenhause ein 17jähriger Neger aus Zanzibar zur Autopsie. Die Todesursache war ein faustgrosses Sarkom des rechten Nebenhodens mit retroperitonealen, fast die ganze Bauchhöhle ausfüllenden Metastasen gewesen. Metastasen hatten sich noch in der Lunge und im Unterhautzellgewebe oberhalb des linken Schlüsselbeines gefunden. Zwei der Blasenschleimhaut links im Trigonum Lieutaudii breitbasig aufsitzende, etwa linsengrosse Tumoren erwiesen sich bei der mikroskopischen Untersuchung nicht wie die übrigen Geschwulstmassen als riesenzellenhaltige kleinrundzellige Sarkome.

In der fungusartigen Geschwulstmasse lagen einzeln, z. Th. haufenweise, grosse ovale, in zugespitzte Pole auslaufende Gebilde, aus einer homogenen, kernartige Kugeln umschliessenden Substanz bestehend. Vereinzelt liegen sie auch in den Blutgefässen, in Querschnitten als kreisrunde Scheiben imponirend. In stark erweiterten Venen zeigen sich hufeisenförmige Elemente, die in ihrem mittleren dickeren Theile zwei grössere, seitlich von diesen zwei kleinere Hohlräume aufweisen. Die hufeisenförmigen Gebilde umschliessen mit ihrer Concavität ein zweites Gebilde, das kreisrund von einem central gelegenen Hohlraum durchbohrt ist, der seinerseits in Zerfall begriffene menschliche r. Blutkörperchen umfasst. Venenwandungen ohne Veränderungen.

Die Submucosa der Blasenschleimhaut ist im Bereich des Tumors hypertrophisch, der zum grösseren Theil aus dem adenomartig gewucherten Blasenepithel besteht.

Nach einem Vergleich mit Kartuli's einschlägiger Arbeit und Leuckart's Parasitenwerk sind die grossen in den Venen liegenden Gebilde Querschnitte des Distoma haematobium. Die grösseren sind die männlichen Individuen, welche stellenweise in ihrem Ductus gynaecophorus ein Weibchen einschliessen. Die beiden grösseren Hohlräume sind die Darmschenkel des Männchens, die kleineren seitlichen die Excretionsschläuche. Die beiden Organe sind bei den Weibchen zu einem centralen Hohlraum vereinigt. Die ovalen Körper sind die in frischem Zustande befindlichen Eier des Distoma haematobium. Der Parasit gehört zu den Saugwürmern. Das Männchen ist durch die besonders am Rücken dicht stehenden grossen Höcker im Stande, sich an die Gefässwand zu heften und sich im Blutstrom zu bewegen. Das Weibchen wird zur Zeit der Begattung und später noch im Ductus gynaecophorus des Männchens aufgenommen, da es weniger durch Höcker geschützt ist.

Die Eier gelangen nach Durchbohrung der Wand in's Gewebe. Hier entwickeln sich die ausgeschlüpften Embryonen. Ueber die weiteren Schicksale des Distoma haematobium ist nichts Sicheres bekannt.

In ausserordentlicher Verbreitung findet sich der Parasit in Aegypten, seltener in Nubien, vereinzelt bei Negern.

Er lebt in den Venen der Menschen, der Pfortader mit ihren Verzweigungen, in Milz-, Pankreas- und Nierenvenen, in den Venenplexus des Mastdarmes, der Blase und der Ureteren. Die Schwere der Erkrankung hängt ab von der Zahl der eingedrungenen Parasiten. Der lebende Wurm schädigt seinen Wirth hauptsächlich durch Verbrauch des zu seiner Ernährung dienenden Blutes. Die Folgen der Einwanderung machen sich bemerkbar durch entzündliche Processe innerhalb des umgebenden Gewebes.

Vortragender verbreitet sich über die besonderen Veränderungen in den einzelnen Organen und die jeweiligen klinischen Symptome.

Discussion: Herr E. Fraenkel macht einige Angaben über den Befund von thierischen Parasiten (Anchylostomum, Trichocephalus dispar, und Eiern solcher im Darminhalt zu Lebzeiten des betreffenden Patienten. Zu dem Sectionsbefund trägt er nach, dass ihm die beiden Blasentumoren sofort wegen ihres merkwürdigen Aussehens aufgefallen seien. Ihre parasitäre Natur sei indess erst durch die histologische Untersuchung festgestellt worden. Von Interesse bei letzterer sei besonders die Thatsache, dass weder die Gefässwand noch die Umgebung der Gefässlumina, in denen die ausgebildeten Parasiten lagen, irgendwelche Reaction zeigten im Gegensatz zu denjenigen, die die Eier umschlossen.

Herr Delbanco weist auf eine Mittheilung in der Literatur hin, die über Fibroadenome des Rectums in Folge Ansiedelung des Distoma haematobium berichtet. Wahrscheinlich habe es sich auch da ursprünglich um rein entzündliche Processe gehandelt mit adenomartiger Wucherung des Epithels wie in dem vorliegenden Falle.

Herr Unna fragt, wie sich der Vortragende die Ausbildung der Leberabscesse durch das Zustandekommen des Distoma haematobium denke.

Herr Meinecke schuldigt dafür die Excretionsstoffe des Parasiten an.

Herr E. Fraenkel demonstrirt **congenital verlagerte Nieren.**

1. Ein Präparat, welches von einem wohlgebildeten einer incarcerirten Hernie erlegenen Manne stammt. Bei der Section war zuerst ein Fehlen der linken Niere angenommen worden, jedoch war diese dem Promontorium im kleinen Becken vorgelagert. Die

abweichende Blutzufuhr (ein arterieller Ast von der Aorta, ein arterieller Ast von der r. Iliaca communis, die Vene als dickerer Ast zur r. V. iliaca communis) beweist die Annahme einer foetalen Verlagerung durch eine Fixirung der Niere am Ort ihrer Uranlage (in der Gegend der Theilung der Aorta) in Folge zu frühen Einwachsens der Gefässe.

2. Ein Präparat, welches von einer an Gallertkrebs des Magens mit ausgebreiteten Metastasen verstorbenen Frau stammt. Die rechte Niere war weit in's kleine Becken hineingelagert mit dem Hilus nach vorn. — Herr Fraenkel weist auf die Unterschiede congenital und zu Lebzeiten verlagerter Nieren hin. Erstere sind gewöhnlich fixirt, letztere abnorm beweglich, erstere trifft man meistens bei Männern auf der linken Seite, letztere mehr bei Frauen und zwar rechts. Charakteristisch für die congenitale Verlagerung der Nieren ist die Art der Gefässversorgung. Wichtig kann die Verlagerung als Geburtshinderniss werden. Herr Fraenkel berichtet über einen solchen Fall, der zu einer Uterusruptur geführt hatte. Der Fall ist von Herrn Dr. Albers-Schönberg beschrieben worden.

Discussion: Herr Conitzer berichtet über einen hierher gehörigen Fall, der von ihm im israelitischen Krankenhause mitbeobachtet und von Herrn Dr. Alsberg publicirt worden ist. Es handelte sich um einen Tumor, der bei einem jungen Mädchen im Becken gefühlt worden, dessen Natur aber unklar geblieben war. Die Laparotomie ergab eine in das Becken congenital verlagerte linke Niere, welche mit Rücksicht auf die bei den vorangegangenen Versuchen, sie mit Muzeux herauszuheben, entstandenen Verletzungen und die Möglichkeit eines später eintretenden Geburtshindernisses entfernt wurde.

Herr Lochte macht darauf aufmerksam, dass congenitale Verlagerungen der Nieren häufig verknüpft seien mit Missbildungen bezw. congenitalen Veränderungen an den Genitalorganen und fragt nach dem Vorkommen solcher Abweichungen in den Fällen des Herrn Fraenkel.

Herr Fraenkel verneint solche für die demonstrirten Fälle.

Herr Horn verweist auf aufgestellte Präparate, die von verschiedenen von Herrn Dr. Prochownik operirten Fällen von papillären Ovarialkystomen stammen und bereits im ärztlichen Verein demonstrirt worden sind.

Demonstrationen im Anschluss an den Vortrag des Herrn Delbanco.

Herr **E. Fraenkel** demonstrirt a) ein makroskopisches Präparat eines Falles von multiplen Ureterencysten. Bemerkenswerth ist, dass einige Bläschen gestielt sind.

b) Mikroskopische Präparate: Herr E. Fraenkel ist nach Durchsicht der Präparate des Herrn Delbanco und auf Grund der genauen mikroskopischen Untersuchung eines eigenen Falles zu der Ueberzeugung gekommen, dass es sich in dem Bilde der Ureteritis cystica bei den Schleimhautcysten um ganz verschiedene Gebilde handeln könne. Ein Theil der Autoren setze für das Zustandekommen des Bildes die Existenz der v. Brunn'schen Epithelnester voraus. — In der Schleimhaut der Ureteren existiren echte kryptenartige Vertiefungen und wie er in Uebereinstimmung mit guten Beobachtern annehme, auch echte acinöse Drüsenbildungen; letztere vornehmlich in den oberen Ureterenabschnitten. Er habe sie auch in den Präparaten des Herrn Delbanco gesehen.

Die Untersuchung seines eigenen Falles lehre ihn zweierlei wobei er von der aetiologischen Seite der Affection aus Mangel grösserer Erfahrung absehe:

1. das Vorkommen einer supraepithelialen Cystenbildung,
2. das Vorkommen einer intraepithelialen Cystenbildung.

Letztere erkläre er ohne Schwierigkeit aus einer Retention innerhalb der Krypten durch einen Verschluss bezw. eine Verlegung der Kryptenostien, die erste Art der Cystenbildung auf Grund von Verhältnissen, für die er vor der Hand noch keine Erklärung habe, auf Analoga aber in der Darmschleimhaut hinweisen könne. Pfeilerartige von Epithel bekleidete Schleimhauterhebungen wachsen einander, wie an den vorgelegten Präparaten sichtbar, bis auf grosse Nähe entgegen, so dass dadurch, ganz ähnlich wie bei den kryptenartigen Epitheliensenkungen, Hohlräume zu Stande kommen, welche mit der Oberfläche nur durch eine eventuell sehr enge Oeffnung communiciren. Kommt es aus irgend welchen Gründen zu einer vollkommenen Verlegung der letzteren, dann sind die Bedingungen für die Entstehung von Retentionscysten gegeben.

Diesen beiden Cystenarten reiht Fr. endlich als dritte Art die aus echten Drüschen hervorgehende an, welche er als subepitheliale zu bezeichnen vorschlägt.

Schliesslich bemerkt Fr., dass er in seinem Fall nichts von entzündlichen Veränderungen im Uretergewebe habe nachweisen können, weshalb er es auch vorgezogen habe, die Veränderung als «multiple Ureterencysten» zu benennen.

Herr **Simmonds** demonstrirt mikroskopische Präparate von Pyelitis cystica. Fälle von Pyelitis und Ureteritis cystica mit Cysten von der Grösse, wie Herr Fraenkel sie demonstrirt habe, seien ganz ausserordentlich selten. Geringe Grade dieser Veränderung seien hingegen recht häufig, so häufig, dass er sie in den letzten 14 Tagen zweimal gesehen habe. Man finde nämlich in manchen Fällen chronischer Pyelitis kleine knotige Erhebungen der Nierenbeckenschleimhaut, besonders am Uebergang in den Ureter, und untersucht man diese Gebilde mikroskopisch, so wird man finden, dass dieselben in einem Theil der Fälle aus drüsenähnlich aussehenden subepithelial gelegenen Epithelnestern bestehen, von denen manche ein kleines, andere ein grösseres centrales Lumen zeigen, manche deutlich kleine Cysten bilden, welche mit einer homogenen oder leicht gekörnten durch Eosin stark gefärbten Masse, in der bisweilen Zellfragmente sich finden, ausgefüllt sind. Nach den vorgelegten Präparaten könne kein Zweifel darüber sein, dass in derartigen Fällen die Cysten, wie Herr Delbanco das angegeben habe, aus diesen drüsenähnlichen Zellnestern hervorgehen. Ob man berechtigt sei, diess epithelialen Bildungen wirklich als Drüsen anzusprechen, wozu ihr oft ausgesprochen acinös erscheinender Bau verleite, wolle er unentschieden lassen. In den von Fraenkel vorgelegten Präparaten scheine die Entstehung der Cysten eine andere «supraepitheliale» gewesen zu sein, für das Gros der Fälle indess, für die kleineren Cystenbildungen, die man bei chronischer Pyelitis öfter antrifft, sei der Ausgangspunkt im subepithelialen Gewebe zu suchen.

Herr Conitzer wirft die Frage auf, ob die discutirten drüsenähnlichen und cystischen Bildungen des Ureters nicht in eine Parallele zu stellen seien mit ähnlichen Veränderungen der Portio bei den glandulären Erosionen, bei welchen ebenfalls in Folge pathologischer Einwirkungen an Plattenepithel tragenden und drüsenfreien Stellen der Schleimhaut sich Veränderungen ähnlicher Art nämlich Drüsen und Cystchen etabliren können. Herr C. erinnert hierbei kurz an die Fischel'schen Befunde von Cylinderepithel und Drüsen an der Portio Neugeborener und die hierauf gegründete Theorie von der congenitalen Disposition der Portioschleimhaut zu glandulären Bildungen.

Herr Unna richtet an Herrn Fraenkel die Frage, wie er sich die Entstehung der von ihm als Vorstadium der Cystenbildung angezogenen Bindegewebspfeiler denke. Nach den Präparaten zu schliessen, handle es sich um quer durchschnittene und zur Seite gelegte epithelbedeckte Schleimhautfalten. Wolle man aus dem Vorkommen dieser Bilder die Entstehung von Cysten ableiten, so wäre der Nachweis einer ringförmig über die Oberfläche emporsteigenden ununterbrochenen Schleimhautfalte zu verlangen, die sich nach Art einer Cylinderblende nach oben verengerte. Herr Unna kann sich eine derartige durchaus nothwendige Gewebsverschiebung nur so entstanden denken, dass ein Wachsthumsüberschuss des Epithels die Schleimhautoberfläche in Falten wirft. Die Anwendung derartiger Principien zur Erklärung der Structurverhältnisse an der Haut haben im Allgemeinen eine vollkommene Harmonie der nothwendigen mechanischen Gesetze mit den Structuren der letzteren ergeben. Ob dieselben Regeln auf die Schleimhäute Anwendung finden können, will Herr Unna dahingestellt sein lassen, möchte aber deren Anwendung befürworten.

Herr Embden: Herr Unna habe einen Befund des Herrn Fraenkel mit der Aeusserung zurückgewiesen, er könne sich das Zustandekommen der von Herrn Fraenkel beschriebenen Bildungen nicht mechanisch erklären. Herr Fraenkel habe ihm daraufhin schon mit dem Hinweis auf die hypothetische Natur mechanischer Erklärungen von histologischen Befunden geantwortet, er selbst möchte sich ergänzend erlauben, die Aufmerksamkeit der Versammlung auf eine sehr bemerkenswerthe Publication von Roux zu lenken, in welcher dieser vornehmste Förderer der Entwickelungsmechanik vor voreiligen Schlüssen warnt, und auf das Unzulängliche unserer Kenntnisse von der Mechanik organischer Gestaltungsvorgänge hinweist. (Archiv für Entwickelungsmechanik. Bd. IV, S. 1, ff.) Roux ging von der Idee aus, dass die Grössenverschiedenheiten der bei der Furchung des Froscheies entstehenden Furchungszellen bestimmend auf die Anordnung der Theilproducte einwirkten. Die experimentelle Prüfung dieses Gedankens brachte scheinbar eine glänzende Rechtfertigung, insofern sich die in verdünntem Alkohol suspendirten Oeltropfen, dessen Grössenverhältnisse dem Vergleichsobject (den Furchungskugeln des Froscheies) entsprechend gewählt worden, sich in einer Weise anordneten, welche den Furchungskugeln mancher Thiere überraschend entsprach. Doch beruhigte sich Roux bei diesem scheinbar schlagenden Ergebniss nicht, sondern wies nach, dass die Grössenverhältnisse der Furchungskugeln nicht immer den bei den Oeltropfen vorliegenden entsprachen, sowie dass künstliche Verkleinerung einzelner Theilproducte des Froscheies nicht den erwarteten Effect hatte. Herr Roux warnt angesichts dieses Ergebnisses, welches die Existenz specifisch gestaltender Componenten im Organismus aufdeckt, vor der voreiligen Uebertragung der Ursachen anorganischen Geschehens auf das organische Geschehen. Ich meine nun, wenn von autoritativer Seite so energisch die Unzulänglichkeit unseres mechanischen Verständnisses der einfachsten morphologischen Vorgänge betont wird, dann sind wir noch weit davon entfernt, thatsächliche Befunde mit dem Hinweis auf ihre mechanische Unverständlichkeit ablehnen zu dürfen. Zumal auf dem schwierigen Gebiet pathologischer Gestaltungen sollten wir uns einstweilen nur an das Registriren der Thatsachen halten, ehe wir uns auf das unsichere Gebiet mechanischer Erklärungen begeben. Sonst errichten wir, wie Roux bemerkt, «ein Phantasiegebäude», welches von der Gefahr bedroht ist, bei der ersten genauen empirischen Prüfung zusammenzufallen.

Herr Delbanco trägt noch einige Details zu seinem Vortrag nach und fasst noch einmal die Gründe zusammen, aus denen er dem Epithel bei der Entwickelung der Brunn'schen Epithelnester den ausschlaggebenden Einfluss zuerkennt. Bei solcher Auffassung könne er aber, wenn keine weiteren Charakteristika als die äussere

Form vorliegen, keine Entscheidung treffen, ob die sich abschnürenden Epithelmassen mit Drüsen etwas gemein haben oder nicht. Herr Embden habe allerdings von weiteren Gesichtspunkten aus Bedenken über die Zulässigkeit mechanischer Erklärungen biologischer Thatsachen geäussert; da die Ausführungen des Herrn Embden aber nun einmal in Zusammenhang mit dem discutirten Thema gefallen seien, so wolle er selbst noch einmal hervorheben, dass seine mechanischen Beweise gegen den modellirenden Einfluss des Bindegewebes von histologischen und entwickelungsgeschichtlichen Thatsachen unterstützt würden.

Herr Unna erkennt die von Herrn Embden betonte Unzulänglichkeit mechanischer Principien in gewissen Fällen durchaus an und will desshalb anstatt einer hypothetischen Erklärung nur auf Thatsachen hinweisen. Thatsache sei es, dass an der Haut keine pfriemförmigen, spitz zulaufenden Papillen ohne keulenförmige Anschwellung am Ende vorkommen, welche nicht durch den modellirenden Einfluss benachbarter sich vergrössernder Gewebsmassen vollkommen erklärt werden könnten. Er weist hin auf die früher von ihm demonstrirten Präparate von Impetigobläschen, wo die seitlich in das Epithel aufragenden spitzen und langen Papillen durch dieselbe Druckwirkung entstehen, welche die Papillen unter der Impetigo abflacht und ausgleicht. Herr Unna sieht in diesen seitlichen Papillen ein vollkommenes Analogon zu den Papillen in Aschoff's Figuren, welche in das Epithel hineingewuchert sein sollen. Von Pathologen, welche einen derartigen Vorgang annehmen, verlangt Herr Unna den Nachweis, dass an der Spitze derartiger Papillen das Centrum einer selbständigen Gewebsvermehrung (Kernreichthum, Mitosen, Flüssigkeitsansammlung etc.) nachgewiesen werde.

Herr Embden: Herrn Delbanco gegenüber müsse er bemerken, dass er ihn und seine Befunde gar nicht angegriffen habe. Er habe nur gegen die Methode opponirt, Thatsachen ihrer Unerklärbarkeit durch mechanische Hypothesen halber gering zu schätzen. Dagegen habe er nicht, wie Herr Delbanco zu meinen scheine, die Zulässigkeit mechanischer Erklärungen überhaupt bestritten.

Herr Fraenkel: Die Einwände des Herrn Unna seien gegen Aschoff und nicht gegen ihn gerichtet. Auch die Analogie der angezogenen Impetigo mit der vorliegenden Cystenbildung könne er nicht gelten lassen, da es sich hierbei um zwei pathologisch durchaus verschiedene Processe handele.

Medicinische Gesellschaft zu Magdeburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 21. Januar 1897.

Vorsitzender: Herr Hirsch.

Herr Biermer: Zur Biologie des Gonococcus.

Vortragender glaubt den von Bumm und Neisser in Frankfurt ausgesprochenen Grundsätzen über die Biologie des Gonococcus beipflichten zu müssen. Die Gonorrhoe ist eine Epithelerkrankung und nur besondere, aber sehr seltene Umstände können ein Tieferdringen des Gonococcus ermöglichen. Neben den puerperalen Veränderungen der Genitalien ist es die allzu gründliche locale Behandlung der Uterusgonorrhoe, welche die geeigneten Verhältnisse schafft, ein Tieferdringen des Gonococcus zu begünstigen. Die Thrombophlebitis gonorrhoica (Wertheim) ist ein seltenes Vorkommniss. Eine diffuse progrediente Peritonitis gonorrhoica gibt es nicht. Hier spielt die Mischinfection eine grosse Rolle. Das Zustandekommen einer gonorrhoischen Sactosalpinx garantirt den Functionstod der Tube, wenn gleich eine spontane Ausheilung möglich ist. Die Aetiologie des sog. Rheumatismus gonorrhoicus ist noch fraglich.

Ein absolut sicheres Heilmittel gegen acute Gonorrhoe kennt Vortragender nicht. Er warnt vor den therapeutischen Maassnahmen am und im Uterus zur Zeit der acuten und subacuten Infection.

Discussion: Herr Thorn stimmt mit dem Vortragenden darin überein, dass der Gonococcus lediglich ein Schleimhautparasit ist und dass besondere Verhältnisse vorliegen müssen, wenn er in tiefer liegende Gewebe eindringen soll. — Für die Frau ist er relativ ungefährlich, da die anatomischen Verhältnisse bei ihr günstiger liegen, als beim Manne, vorausgesetzt, dass keine unzweckmässige Behandlung eingeleitet wird. Eine frische Gonorrhoe ist in Ruhe zu lassen; dann wird man auch seltener Adnexerkrankungen sehen. Am hartnäckigsten ist die Gonorrhoe beim Weibe in der Urethra, welche local zu behandeln ist. Vor Behandlung des Cervix warnt Thorn und empfiehlt nur Ausspülungen der Vagina und Bettruhe, besonders in den Tagen der Menstruation, der günstigsten Zeit für die Propagation der Gonorrhoe. Die bei letzterer vorkommenden Peritonitiden hält er für Mischinfection. Der Eiter in der Salpinx enthält nicht immer lebenskräftige Entzündungserreger. Thorn macht auf die eventuelle Infection mit Bacterium coli aufmerksam. Er hält ferner die Nöggerath'sche Ansicht für zu pessimistisch, weil derselbe Material aus einer Hafenstadt vor Augen hatte.

Herr Hennig hält auch die männliche Gonorrhoe für nicht so gefährlich, als man gewöhnlich glaubt; nach seinen Erfahrungen ist eine Infection des Weibes vom Ehemann selten, wenn letzterer auch noch locale Herde und sog. Tripperfäden im Urin hat.

Herr Martin steht im Allgemeinen auf dem Standpunkte Thorn's, ist aber therapeutisch radicaler; er will sogar bei acuter Endometritis auskratzen. Die Ansicht Hennig's in Bezug auf die Ehe gonorrhoischer Männer theilt er nicht; noch nach 10 Jahren und mehr kann ein Mann seine Frau und umgekehrt inficiren. Er macht auf die Wichtigkeit der Prostata bei chronischer Gonorrhoe aufmerksam und erwähnt die Finger'schen Untersuchungen über die Betheiligung derselben bei der Gonorrhoe. Therapeutisch empfiehlt er warm die Janet'sche Methode.

Herr Siedentopf: Zu denjenigen Veranlassungen, welche die Ausbreitung der gonorrhoischen Infection fördern und welche gelegentlich ein Uebergreifen des Gonococcus von der Schleimhaut auf andere Gewebe herbeiführen, gehört die Geburt. Die schnelle Ausbreitung der gonorrhoischen Infection auf die Adnexe wird nach vielen Geburten beobachtet. Ich konnte auch in einem Falle eine gonorrhoische Erkrankung des linken Parametriums nach der Geburt bei einer tripperkranken Wöchnerin der Prov.-Hebammen-Lehranstalt beobachten. Das einige Tage nach der Geburt entstandene Exsudat brach nach $1^1/_2$ Wochen nach der Scheide durch und eine sorgfältige Untersuchung des mit besonderer Vorsicht aufgefangenen Eiters ergab nur Gonococcen.

Bei Behandlung der chronischen Gonorrhoe des Uterus habe ich von den mit Vorsicht und nicht zu häufig angewandten Chlorzinkätzungen viele gute Resultate gesehen.

Herr Habs hat nach Anwendung des Janet'schen Verfahrens schnell auftretende Recidive gesehen und ist desshalb auf den Gebrauch der Tripperspritze zurückgekommen.

Herr Hennig hat dieselbe Erfahrung gemacht.

Herr Toegel fragt Herrn Hennig, wie es mit der Nachkommenschaft der betreffenden verheiratheten Gonorrhoiker steht, worauf H. antwortete, dass von 35 Fällen 29 concipirt haben, ob öfter als einmal, wisse er nicht.

Herr Thoma glaubt, dass die Hausärzte eher in der Lage sind, über den Zusammenhang von Gonorrhoe mit Endocarditis und Arthritis bei Gonorrhoikern Aufschluss zu geben.

Herr Biermer bemerkt zum Schlusswort, dass er die Behandlung des Cervixcanals mit der Curette nicht für richtig halte, da dadurch einer Weiterverschleppung der Gonorrhoe Thür und Thor geöffnet werde. Er hält auch das Wochenbett für eine geeignete Zeit zur Weiterverbreitung der Gonorrhoe und zwar wegen der Lochien und des puerperalen Zustandes der Gewebe.

Aerztlicher Verein in Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 5. November 1896.

Herr Epstein stellt einen bereits am 16. Juli vorgestellten Fall von Lichen planus nochmals vor. Die Affection ist nach viermonatlichem Arsengebrauch immer noch nicht vollständig geheilt. Seit ca. 5—6 Wochen hat sich am Palmae und Plantae eine schwielenartige Hyperkeratose ausgebildet, wie solche von Hutchinson als Arsenwirkung beschrieben worden ist.

Herr Butters: Demonstration eines Präparates von Dilatation und Hypertrophie des Herzens (Bollinger «Bierherz») mit hochgradigen atheromatösen Veränderungen im gesammten arteriellen System, vor Allem in Aorta- und Coronararterien und secundären Stauungsorganen ohne weitere Complicationen.

Das Präparat stammt von einem 55 jährigen Schmied, der sehr starker Biertrinker war; seit 4 Jahren wegen Athemnoth arbeitsunfähig, seit einigen Wochen hochgradige Dyspnoe und Cyanose. Temp. normal, Puls schleudernd, unregelmässig 70, Arterien rigide. Druck an Radialis 170. Herzdämpfung stark vergrössert, Töne nicht zu differenziren Puls zeigt im Sphygmogramm deutlich Bigeminie. Urin: spec. Gewicht 1021, Menge 300 ccm, enthält reichlich E. und Cylinder. Nach Anwendung von Digitalis kurze Besserung: Dyspnoe geringer, Herztöne lauter mit systolisch klingendem Geräusch an allen Ostien. Urin ohne E. Plötzlicher Tod. Section ergab nur obigen Befund.

Bei der langsamen Entwickelung der Erkrankung scheint es wahrscheinlich, dass primär in Folge der Plethora und durch toxische Wirkung des Alkohols die Intima der Arterien erkrankte und hauptsächlich erst secundär zur Dilatation und Hypertrophie des Ventrikel und weiter zur Stauung in Leber, Milz und Nieren führte.

Herr G. Merkel schliesst sich der Anschauung des Vortragenden an, dass im vorliegenden Fall die Erkrankung der Arterien die primäre Erkrankung gewesen sei und dass die Dehnung und mässige Hypertrophie des linken Ventrikels erst später aufgetreten sei. Er glaubt mit Bollinger an die bei Säufern (und der Verstorbene war ein exquisiter Biersäufer) auftretende wahre Plethora, wenn er auch die toxische Wirkung des Alkohols nicht ausser Acht lassen wolle.

Weiter macht er aufmerksam auf die halbkreisförmigen Verdickungen, welche in zwei Bogen parallel mit der linken Aortaklappe sich auf dem Endocard des Septums im linken Ventrikel finden. Die Bucht dieser Klappe sei aneurysmatisch erweitert, die Klappe selbst insufficient.

Die Endocardverdickungen seien ihm schon lange bekannt; beschrieben habe sie eingehender Zahn in einem Vortrag, den er 1895 beim Congress für innere Medicin in München gehalten habe. Sie sind die Folgen einer chronischen Reizung des Endocards durch den stetig erfolgenden regurgitirenden die insufficiente Klappe passirenden Blutstrom.

Herr **Treumann: Ueber Tannalbin.** (Der Vortrag erscheint in extenso in dieser Wochenschr.)

Herr **Goldschmidt: Epidemiologisches über Diphtherie.**

Nürnberger medicinische Gesellschaft und Poliklinik.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 3. September 1896.

Herr **Görl: Spontangangraen der Haut.**

Die Erkrankung betrifft ein 12jähriges Mädchen, das keine Erscheinungen von Hysterie oder sonstige Zeichen einer Störung des Nervensystems, dagegen einen mittleren Grad von Anaemie zeigt.

Die Gangraen trat ganz plötzlich über Nacht an 3 Stellen der rechten Hand und an 2 am Oberschenkel in Form eines rothen Knötchens auf, das nur ganz schwach erhaben und mit einem zarten rothen Hof umgeben ist. Während letzterer in die Peripherie fortschritt — bis Fünfpfennigstückgrösse — sank die Mitte ein und wurde schwarz. Dieser trockene Schorf wurde mit Hinterlassung eines tiefen Geschwürs — ähnlich einem vereiterten Hautgumma — abgestossen

Der Urin ist eiweiss- und zuckerfrei.

Herr **Steinhart** spricht über **Haemoglobinurie.**

Ein 5jähriges, hereditär luëtisches Mädchen, das mit Jodkali behandelt wurde, entleert nach einer intensiven Erkältung plötzlich dunkelbraunrothen, auf Blut verdächtigen Urin bei subjectivem Wohlbefinden und normaler Temperatur. Bei der Kochprobe gerinnt ungefähr $^1/_5$ der Harnsäule; sehr starke Blutreaction, Jod nicht nachweisbar. Mikroskopische Untersuchung aus äusseren Gründen nicht möglich. Am folgenden Tag und von da ab Urin stets frei von Blut und Eiweiss. Die Eltern geben an, dass das Kind schon öfters derartigen Urin entleert habe, aber immer nur für ganz kurze Zeit. Einmal habe gleichzeitig Gelbsucht bestanden. Die Diagnose stützt sich auf die Wiederholung, das plötzliche Auftreten und Verschwinden der Anfälle, sowie den einmaligen Ikterus. Aetiologisch ist die Luës und die Erkältung bedeutungsvoll. Nierenblutung und haemorrhagische Nephritis sind mangels jeglicher anderer Symptome und Ursachen auszuschliessen.

Herr Görl berichtet anschliessend daran über eine typische paroxysmale Haemoglobinurie bei einem 5jährigen Knaben. Dieselbe trat schon bei geringen Temperaturdifferenzen unter Leibschmerzen und Frieren aber ohne Temperatursteigerung $^1/_2$ Stunde nach Einwirkung der Kälte auf. Im Urin kein Einweiss, keine Cylinder, dagegen spectroskopisch Methaemoglobin. Das Kind hat kein Zeichen der Hutchinson'schen Trias, obwohl die Erkrankung luëtischer Natur war, wie aus dem guten Erfolg des Jodkali und der Anamnese (der Vater hat 6 Jahre vorher zwei Schmiercuren durchgemacht) hervorgeht.

Herr Heinlein demonstrirt die missbildeten Genitalien und Beckeneingeweide eines zu früh geborenen, $^1/_2$ Stunde am Leben gebliebenen Mädchens. Die äusseren Genitalien sind lediglich durch zwei kleine, schmale, wohl als Labia majora anzusprechende Wülstchen repräsentirt, zwischen welchen völlig normale, glatte Cutis den totalen Defect der Vulva und der Scheide sofort erkennen lässt. Ovarien, Tuben, Uterusligamente sind sehr gut entwickelt, daneben findet sich ein sehr stattlicher Uterus bicornis, dessen cervicales Ende sich in einen schmalen, scheinbar soliden Strang eine kurze Strecke nach abwärts fortsetzt. Die linke Niere ruht als solides, etwas blasses Organ in der linken Fossa iliaca fixirt, die rechte Niere fehlt. Der nicht obliterirte Urachus mündet in eine normal geräumige Blase. Das Ileum endigt blind, ist stark ausgedehnt und reichlich mit Meconium gefüllt. Anus und der grösste Theil des Rectum fehlen. Als Repräsentant des ganzen Kolons findet sich im Douglas'schen Raum ein cystenähnliches, in sich abgeschlossenes, blasses, mit zarten, durchscheinenden Wänden versehenes verschlungenes Gebilde, an welchem deutlich Haustra zu sehen sind. Daneben besteht noch Hydrorrhachis mit Bildung eines erbsengrossen Sackes in der Kreuzbeinwirbelsäule und doppelseitiger Klumpfuss. Das Präparat wurde der Sammlung des pathologischen Institutes Erlangen übergeben.

Herr **Heinlein: Resection des zweiten Quintusastes.**

Verfasser erörtert an der Hand von Tafeln und Präparaten eingehend die Anatomie des Nerv. V. mit besonderer Berücksichtigung des Ramus supramaxillaris, der Fossa zygomatica und sphenopalatina und des Verlaufes der Arteria maxillaris interna.

Sodann theilt er die Operationsgeschichte einer 60 jähr. Frau mit, bei welcher er mit völligem, nunmehr 8 Monate bestehenden Erfolg den zweiten Quintusast an dem Foramen rotundum nach der Methode von Braun-Lossen resecirt hat. Der Eingriff wurde im Verein mit Herrn Dr. Fick in Zirndorf ebenda in der Behausung der Patientin in v. Nussbaum's Morphium-Chloroformnarkose bethätigt. Anamnestisch ist zu erwähnen, dass 5 Jahre früher anderwärts bei der Patientin der erste Quintusast mit gutem Erfolg resecirt worden war. Nach 2 Jahren Recidiv in dem nunmehr befallenen Ramus II. Bei der Operation gelangte die Arteria infraorbitalis vor ihrem Eintritt in die Fissura orbitalis inferior zur Durchschneidung und Unterbindung. Der Nerv wurde vor der Resection an dem For. rot. auf untergeschobener Aneurysmanadel langsam mehrere Secunden lang gedehnt, so dass ein fast 1 cm langes Stück resecirt wurde. Darnach wurde von dem verticalen Schenkel der äusseren Wunde aus der Nervus infraorbitalis an dem gleichnamigen Foramen freigelegt und dort die Evulsion nach Thiersch vorgenommen. Darnach Reposition des durchtrennten, nach aussen und hinten umgelegten Jochbeines, Fixation desselben durch einige Beinhautnähte, Hautwundnaht mit 2 Neuber'schen Oeffnungen. Die von Herrn Dr. Fick umsichtig geleitete Nachbehandlung hatte nach einmaligem Verbandwechsel prima Reunio nach 14 Tagen im Gefolge. Die geheilte Patientin wird vorgestellt, die resecirten Nervenabschnitte werden demonstrirt. Als einziger Folgezustand bestehen die — nunmehr ebenfalls verschwundenen — conjunctivalen Reizerscheinungen, welche ja wohl selten vermisst werden.

Heinlein schliesst mit eingehender Kritik der verschiedenen Operationsmethoden.

Sitzung am 17. September 1896.

Herr **Barabo** stellt ein sonst gut entwickeltes Kind vor, bei welchem am linken Arm der ganze **Vorderarm fehlt.** Der Stumpf trägt ein Wärzchen mit 5 Knöpfen.

Herr **Görl** stellt das Mädchen mit **Spontangangraen der Haut** wieder vor. Während die alten Stellen mit Hinterlassung einer keloidartigen Narbe verheilt sind, tauchten seit gestern zwei neue Erkrankungsherde auf. Bei dem einen ist schon trotz der Kürze der Zeit in Fingerkuppengrösse trockene Gangraen eingetreten.

Herr **Flatau** demonstrirt einen exstirpirten Uterus, der nach Kaiserling behandelt wurde und zeigt dagegen ein mit Alkohol conservirtes Divertikel der Harnröhre. Das nach Kaiserling hergestellte Präparat zeigt noch Lebensfrische. Deutlich ist je nach dem verschiedenen Entzündungsgrad die Farbe der einzelnen Gewebe ausgeprägt und mit Leichtigkeit das normale vom pathologischen Gewebe zu differenziren.

Sitzung vom 15. October 1896.

Herr **Mansbach** berichtet über einen Fall von **Milzbrandfurunkel.**

Derselbe betraf einen 34 jährigen Mann, auf dessen linkem Vorderarm er sich entwickelt hatte. Nach Excision trat völlige Heilung ein. Das mikroskopische Präparat wird vorgelegt.

Herr **Heinlein** gibt eine eingehende Darstellung der Geschichte der Chirurgie des Magens mit besonderer Berücksichtigung der **Pylorusresection und Gastroenterostomie.**

Die Billroth'sche Magenresection führte eine Fülle neuer Gedanken für operativ-technische Bestrebungen herbei. Es ist unzulässig, die Resultate der Magenresection mit denjenigen der Gastroenterostomie mit Bezug auf die Lebensdauer der operirten Individuen zu vergleichen, da diese zwei Operationen ganz verschiedene Zwecke verfolgen, die erstere einen Radicaleingriff, die letztere aber eine Palliativoperation darstellt. Es kommt nach der vorgenommenen Gastroenterostomie nicht auf die Lebensdauer, sondern auf das Wohlbefinden des Operirten an.

Im Anschluss daran theilt H. die Operations- und Krankheitsgeschichte einer an über mannsfaustgrossem Pyloruscarcinom leidenden 60 jährigen Frau mit, welche nach halbjährigem Bestand des Leidens der Gastroenterostomie mit bestem Erfolg unterworfen worden war.

Nach gründlicher, der Operation unmittelbar vorausgeschickter Magenausspülung wurde unter Schleich'scher Anaesthesie durch Medianschnitt die Bauchhöhle eröffnet und alsbald, da bei der bedeutenden Grössenentwickelung der Geschwulst an eine radicale Entfernung nicht zu denken war, unter Aethernarkose die Gastroenterostomie nach Wölfler vorgenommen. Nach 24 Stunden Milchnahrung, Anfangs stündlich ein Esslöffel, an den folgenden Tagen grössere Mengen. Die Anastomose functionirte tadellos. Patientin blieb dauernd von ihren vorher quälenden Beschwerden befreit, erlag aber der fortschreitenden Kachexie unter hinzutretender krebsiger Entartung des Peritoneums 9 Wochen nach der Operation, ohne dass auch nur noch einmal Erbrechen aufgetreten wäre oder sich stärkere Schmerzen geltend gemacht hätten.

Das Leichenpräparat wird vorgelegt.

Herr **Heinlein** demonstrirt ein etwa borstorferapfelgrosses **multiloculäres Kystom** aus der rechten Fossa supraclavicularis einer 40 jähr., mit schweren hysterischen Symptomen behafteten Frau.

Der Tumor füllte die ganze, eben erwähnte Körpergegend von dem vorderen Rande des Musc. trap. bis zu dem hinteren Rande des Musc. st. cl. mast. vollkommen aus und lagerte auf der tiefen

Halsfascie. Die Geschwulst, welche innerhalb eines halben Jahres zu vorliegender Grösse gewachsen war, hatte offenbar aus einem Kiemengang ihren Ursprung genommen und dürfte desshalb höchst wahrscheinlich embryonal vorgebildet gewesen sein. Heftige Schmerzen in der ganzen rechten Oberextremität, welche durch Druck der Geschwulst auf den unterliegenden Plexus brachialis bedingt waren, blieben nach der Operation dauernd verschwunden.

Herr **Barabo** demonstrirt eine **Fliegenlarve.**

Dieselbe wurde bei einer an katarrhalischen Erscheinungen des Dickdarmes leidenden Patientin gefunden. Derartige Larven sollen schon öfter entleert worden sein.

Sitzung vom 5. November 1896.

Herr **Riegel** stellt einen 57 jährigen ehemaligen Steinhauer vor, der an einer typischen amyotrophischen Lateralsklerose leidet.

Die Krankheit begann vor einem Jahr; seit 8 Wochen bestehen Bulbaersymptome, vor Allem hochgradige Dysarthrie. Zungen, Lippen, Masseteren, die Muskeln des Schultergürtels und der oberen Extremitäten sind stark atrophirt. Ueberall fibrilläre Zuckungen, die ganze Musculatur spastisch, alle Sehnenreflexe enorm gesteigert. Hochgradige Parese der Extremitäten. Patient geräth leicht in krampfhaftes Weinen oder Lachen.

Herr **Riegel** theilt ferner die Krankengeschichte eines 33 jährigen Mannes mit, von dem er in der Diagnose zwischen Stirnhirn und **Kleinhirntumor** bis zum Exitus schwankte. Es bestanden starke Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwindelanfälle und hochgradige Ataxie: Symptome, die für eine Kleinhirnaffection sprachen. Dabei keinerlei Lähmungen in den Extremitäten und Gesichtsnerven. Der bis zum Exitus normale Hintergrund des Auges aber, das Erhaltensein der Kniephänomene, öftere Verwirrtheitszustände, undeutliche Sprache, ferner eine hochgradige, percutorische Empfindlichkeit der linken Stirn- und Schläfengegend, liessen wiederum an einen Stirnhirntumor denken, um so mehr, als ja ausprägte Ataxie auch bei Stirnhirntumoren schon oft beobachtet ist. Acht Tage vor dem Tod des Patienten trat ein 6 Tage ununterbrochen andauernder klonischer Zwerchfellkrampf auf.

Die Section ergab in der rechten Kleinhirnhemisphäre eine borstorferapfelgrosse Kyste, die den hinteren Theil des Wurmes noch mitbetheiligte. Rechts unten sass in der Wand der Kyste ein etwa kirschgrosser Tumor. Ferner bestand hochgradiger Hydrocephalus internus. Das ganze Gehirn war sehr anaemisch. Interessant ist noch, dass Patient in den letzten Jahren seines Lebens sich vielfach so unsinnig betragen hat, dass auch seine Umgebung an seinem Verstand zweifelte. Er verschwendete viel Geld und hat seine Frau, mit der er 4 Jahre verheirathet war, nie berührt. Nach Aussage eines Verwandten soll er Paederast gewesen sein.

Herr **Frankenburger** referirt über **Fleischer**: Lehrbuch der inneren Medicin, II. Band, II. Hälfte, I. Abtheilung: Krankheiten der Speiseröhre, des Magens und Darmes.

Sitzung vom 19. November 1896.

Herr **Mansbach** referirt über **Klein**: Die Gonorrhoe des Weibes.

Herr **Frankenburger** berichtet:

1. Ueber einen 5 jährigen Knaben, der nach Genuss einiger Kaffeelöffel in starkem Spiritus angesetzter Heidelbeeren eine äusserst schwere, lebensgefährliche acute Alkoholvergiftung acquirirte.

2. Ueber einen durch schwere Gehirnerscheinungen ausgezeichneten Fall von Intoxication bei einem ebenfalls 4 jährigen Kinde, welches auf die aufgenommene (nicht nachweislich verdorbene) Nahrung, bestehend aus einem Schnittchen Rohwurst und einigen Bissen Kalbfleisch zurückgeführt werden musste.

Herr Johann **Merkel: Ankylose des rechten Unterkiefergelenkes in Folge von gummöser Neubildung der Parotis und ihrer Umgebung.** (Der Vortrag war in No. 50 dieser Wochenschrift, 1896, abgedruckt.)

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 13. März 1897.

Die Honorarfrage in der Wiener Aerztekammer. — Eine Instruction für die ärztlichen Docenten an den Lehrer- und Lehrerinnen-Bildungsanstalten. — Die chirurgisch-orthopädische Behandlung der spastischen Paralyse.

Die Wiener Aerztekammer beschäftigte sich am 9. l. M. sehr eingehend mit dem uralten Crux medicorum, mit der leidigen Honorarfrage. Ein Comité hatte ein längeres Referat ausgearbeitet, und eine Reihe von Anträgen gestellt, welche schliesslich mit geringen Abänderungen angenommen wurden.

Zur Begründung dieser Anträge werden in der Einleitung die Verhältnisse der ausländischen Aerzte dargelegt und hiebei auf die seltsame Thatsache aufmerksam gemacht, dass in keinem Culturstaate der Welt eine ärztliche Honorartaxe besteht — Deutschland ausgenommen. Dieses Factum gibt zum Nachdenken Anlass. Die heutige preussische Medicinaltaxe sei aber keine «Durchschnittstaxe» mehr, sondern sie sei, ohne dass die Maximalsätze entsprechend erhöht worden wären, de facto zur Maximaltaxe (!) geworden, so dass auch der reichste Mann im Staate — falls keine anderweitige Vereinbarung besteht — gesetzlich nur die Minimaltaxe zu zahlen brauche. «Und so geschieht es auch!» —

In Oesterreich stehen die Verhältnisse ganz anders. Eine Vereinbarung ist nach unserem bürgerlichen Gesetzbuche als ungesetzlich ausgeschlossen, es besteht und bestand niemals (abgesehen von den gerichtsärztlichen Gebühren, die durch eine Taxe fixirt sind) eine sog. Medicinaltaxe. Wollte man eine solche aufstellen, so hätte sie höchstens den unangenehmen Erfolg, dass das wohlhabende Publicum die Vortheile der grossen Abstände zwischen den Minimal- und Maximalhonoraren für sich in Anspruch nehmen und den Arzt in den seltenen günstigen Fällen mit dem Zwei- bis Dreifachen des Minimalhonorars entlohnen würde; von den weniger Bemittelten sei auch nur das Minimalhonorar nicht einbringlich. «Die Aufstellung einer Medicinaltaxe mit Minimal- und Maximalansätzen ist also für österreichische, speciell für Wiener Verhältnisse solange unzweckmässig, ja schädlich, als nicht gleichzeitig das Recht der Vereinbarung eines ärztlichen Honorars zulässig ist. Hiezu wäre aber eine Aenderung des jetzt giltigen bürgerlichen Gesetzbuches die Voraussetzung — was wohl kaum zu erwarten ist.» Der Referent empfiehlt daher, als für unsere Verhältnisse opportun, die Aufstellung eines Durchschnittssatzes. Dieser habe den Vortheil der Einfachheit, leichten Verständlichkeit und gebe am wenigsten Anlass zu Streitigkeiten. Er lässt die grösste Verbreitung zu, dient dem Publicum wie den Aerzten als Werthmaass und dient den unterwertheten Aerzten als Leiter, um (durch Selbstschätzung!) die höhere Kategorie zu erreichen. Der Richter hat eine Basis für die Beurtheilung, die häufig vorkommenden Abänderungen (Nachtvisiten, Wagengebühren, Consilien) können separat fixirt werden. Besondere Leistungen (Operationen etc.) bleiben der Selbstschätzung überlassen.

Die von der Wiener Aerztekammer somit acceptirten Anträge lauten:

1. Mit Rücksicht auf die seit 20 Jahren immer zunehmende Theuerung aller Lebensbedürfnisse sind für die Bemessung des ärztlichen Honorares folgende Grundsätze aufzustellen: Jeder Arzt ist berechtigt, den Werth seiner Leistung selbst zu bestimmen, doch soll er nicht unter die folgenden Ansätze, welche als Minimalsätze zu gelten haben, herabgehen.

2. Honorarsätze. Eine einfache Visite 3 fl. Eine Abendvisite 4 fl. Eine Nachtvisite ohne Wagen 6 fl. (Gebührt Beistellung eines Wagens.) Ein Consilium (für den behandelnden Arzt) 10 fl. Hausordination 2 fl. — Eine Stunde Zeit je 5 fl. Eine Visite zu einer vom Kranken fixirten Stunde bei Tag 5 fl. Bei mehreren Kranken in einer Familie gleichzeitig für Jeden mehr 1 fl. — Besondere Leistungen, ferner Operationen und Eingriffe aller Art unterliegen diesen Honorarsätzen nicht. Bei minder Bemittelten kann der Arzt eine Ermässigung eintreten lassen. (Der Passus: «Ermässigung bis zu 1 fl., geringere Bezahlungen sind als nicht standesgemäss nicht anzunehmen, die obigen Preisansätze haben als Minimalsätze zu gelten» — wurde nach längerer Debatte weggelassen. Gibt es doch in Wien heute noch vielfach Aerzte, die um 30—50 kr. ordiniren!)

3. Es ist im Interesse der Würde und des Ansehens des Standes sowie des Wohles seiner Mitglieder gelegen, dass die Honoraransätze von den Aerzten zur Geltung gebracht werden.

4. Das Honorar soll bei jeder Visite sogleich bezahlt werden.

In der Aerztekammer ist ein Verzeichniss der üblichen Zahlungen verschiedener ärztlicher Leistungen aufzulegen (Tarif), in welchen die Mitglieder des Kammersprengels Einsicht nehmen können. (Pro usu interno).

Der Minister für Cultus und Unterricht hat jüngst an alle Landesschulbehörden einen Erlass gerichtet, mit welchem eine provisorische Instruction für die mit dem Unterrichte in der Somatologie und Schulhygiene an den Lehrer- und Lehrerinnen-Bildungsanstalten betrauten ärztlichen Docenten vorgezeichnet wird. In dieser Instruction heisst es unter Anderem: «Die ärztlichen

Lehrer haben insbesondere für die geeignete Pflege der Leibesübungen auch von dem Gesichtspunkte aus einzutreten, dass es kein wirksameres Mittel gibt als erstere, um das Kind zu Muth, Besonnenheit und Selbstbeherrschung zu erziehen, dass die Herrschaft über sich selbst nicht weniger ein hygienisches als ein sittliches Gut ist, und dass es keine grössere Gefahr für die Gesundheit gibt, als seinen Leidenschaften und Trieben unterworfen zu sein.» Die erforderliche Geistesarbeit muss zwar geleistet werden, zu weitgehende geistige Anspannung führt aber auch Gefahren mit sich. Die Gesundheitspflege soll nicht verweichlichen, sie soll dazu beitragen, dass Jeder seine volle Leistungsfähigkeit bethätigen könne. Es soll bei den Lehramtszöglingen durch den Unterricht weder Hypochondrie erzeugt, noch medicinisches Scheinwissen verbreitet werden; pathologische Vorgänge werden nur insoweit zu behandeln sein, als es zum Verständnisse der Schüler unbedingt nothwendig ist.

Und weiter: «Der Unterricht in der Somatologie und Hygiene ist durchwegs anschaulich zu ertheilen.» Als Lehrmittel werden angeführt: Eine kleine Sammlung anatomischer Wandtafeln, Grundrisse von Schulbauten, Zeichnungen von Heiz- und Ventilationsapparaten, von Abortanlagen etc., einige Modelle von Subsellien und anderen Einrichtungsgegenständen, einige einfachste Untersuchungsapparate, wie z. B. Thermometer, Hygrometer, Kohlensäuremesser u. dergl.

In Bezug auf hygienische Einrichtungen und Vorkehrungen soll der ärztliche Docent stets auf die einfachsten und billigsten hinweisen und gerade diese sehr ausführlich besprechen, denn «der Docent hat sich stets vor Augen zu halten, dass die überwiegende Mehrzahl der Lehramtszöglinge in kleinen und ärmlichen Verhältnissen (des Flachlandes) zu wirken berufen sein wird.» «Die Lehre von der ersten Hilfe bei Unglücksfällen wird vor Allem von der Vermeidung der Infection von Wunden, von der künstlichen Athmung, von der Stillung arterieller Blutungen zu handeln haben und es wird im Uebrigen hiebei hauptsächlich dasjenige zu bezeichnen sein, was der Laie nicht thun und nicht versuchen soll?

Im Weiteren werden die dienstlichen Verhältnisse der ärztlichen Docenten an der betreffenden Lehranstalt eingehend besprochen und auch seiner Thätigkeit als Mitprüfer bei den Reifeprüfungen (4. Jahrgang) etc. Erwähnung gethan.

In der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien besprach Professor Lorenz die chirurgisch-orthopädische Behandlung der spastischen Paralyse. Bei vorsichtiger Auswahl der Objecte wird durch diese Methode, welche wohl bloss eine symptomatische Therapie bedeutet, sicherlich das erzielt, dass die Gehstörung behoben wird. Das Princip der Behandlung besteht darin, die vorhandene Gleichgewichtsstörung im Muskelantagonismus soweit herabzumindern, dass dieselbe mit activen und willkürlichen Gelenksbewegungen vereinbar wird. Es handelt sich demnach um Schwächung der Muskeln von überwiegendem spastischen Effecte und Kräftigung der an der Convexität der Contracturen gelegenen Antagonisten. Bei der spastischen Paralyse hat man es nicht mit gelähmten, sondern mit zügellos vehement und zweckwidrig arbeitenden Muskeln zu thun. Die Mittel der Schwächung sind die Tenotomie, Tenektomie, Myotomie, Myorrhexis und Neurektomie. Die Pflege der Antagonisten besteht in elektrischer und Massagebehandlung, beide gegenständige Muskelgruppen werden durch active Gymnastik nach und nach geschult und eingeübt, den Impulsen zur willkürlichen Bewegung Folge zu leisten.

Auf die Details der Behandlung eingehend, entwickelt der Vortragende, wie die Adductionscontractur demnach entweder mit subcutaner Myotomie oder Myorrhexis, eventuell durch Neurektomie des oberflächlichen und tiefen Astes des N. obturatorius mit nachfolgender Fixirung des Oberschenkels in starker Abduction in Angriff genommen werde. Die Kräftigung der Antagionisten erfolge durch Ausführung activer Abductionsübungen. In gleicher Weise werden die Contracturen des Kniegelenkes durch subcutane Tenotomie oder offene Tenektomie des Biceps, Semimembranosus und Semitendinosus mit nachfolgender Fixation des Gelenkes in Ueberstreckung und schliesslicher Pflege der Quadricepsmusculatur behandelt. Die Tenotomie der Achillessehne mit Fixation des Fusses in Dorsalflexion hat bisher immer gute Resultate ergeben, was von der spastischen Contractur des Knie- und Hüftgelenkes nicht behauptet werden kann, da man die Ausgleichung der Störung des Muskelantagonismus bisher zu wenig in's Auge gefasst hat.

Lorenz weist schliesslich auf einzelne Fälle seiner Praxis hin, in welchen es sich oft um trostlose Fälle handelte und bei welchen dieses Verfahren das Resultat herbeiführte, dass sich die Patienten entweder ganz frei, oder mit Hilfe von Stöcken bewegen konnten.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Société Médicale des Hôpitaux.

Sitzung vom 12. Februar 1897.

Vergiftung mit Chinin.

L. Guinon berichtet über einen Selbstmordversuch, welchen ein junger Mann mit Chinin beging; er nahm auf einmal 8 g davon und verfiel rasch in tiefen Collaps. Anfangs war absolute Taubheit vorhanden, welche nach einigen Stunden abnahm und in einem Tage verschwand, die Blindheit hingegen, das zweite Hauptsymptom der Chininvergiftung, ward erst einige Stunden nach der Einnahme eine vollständige und noch nach 14 Tagen war die Sehkraft ausserordentlich schwach. Die Harnabsonderung war 11 Stunden lang unterdrückt, der Puls beschleunigt; erstere wurde nach Einleitung der Therapie (subcutane Kochsalzinjectionen, kalte Waschungen, grosse Mengen Kaffee) eine sehr reichliche.

Beclère beobachtete eine Chininvergiftung bei einem Arzte, welcher nur 0,6 g des Mittels gegen Zahnschmerzen genommen hatte (Schwindel, Ohnmacht, Gesichtsverdunkelung). In einigen Stunden trat Besserung dieses Zustandes ein; zu bemerken ist, dass der Patient schon oft vorher die gleiche Dosis Chinin ohne die geringste üble Folge genommen hatte.

Lermoyez macht darauf aufmerksam, dass bei Erkrankungen des Labyrinths die geringste Dosis Chinin genügt, um Schwindel- und Ohnmachtsanfälle hervorzurufen.

Zur Pathologie der Syringomyelie.

G. Marinesco hatte Gelegenheit, bei einem Kranken, welcher an der linken Hand die typischen Zeichen der Morvan'schen Krankheit dargeboten hatte und bereits von Charcot im Jahre 1890 als mit dieser behaftet demonstrirt worden war, die Autopsie zu machen. Im Rückenmark war eine mehr oder weniger dreieckige Höhlung vorhanden, welche von der sechsten Halswurzel bis zur sechsten Dorsalwurzel reichte, hauptsächlich war die hintere Commissur und das linke Hinterhorn betroffen, das Vorderhorn war fast völlig intact. Man hat also in Verbindung mit den trophischen, auf die linke Hand beschränkten Störungen eine gewissermaassen nur auf die linke Hinterwurzel localisirte Rückenmarkserkrankung gefunden und kann daraus schliessen, dass die Morvan'sche Krankheit hauptsächlich ihren Sitz im Hinterhorne hat.

Sitzung vom 19. Februar 1897.

Zur Scharlachstatistik.

Comby behandelte im Jahre 1896 im Isolirpavillon des Spitales Trousseau 500 scharlachkranke Kinder; die grösste Frequenz wies das Alter von 3—9 Jahren auf. Die Totalmortalität betrug 11,6 Proc., sie würde nach Abzug von 15 Todesfällen, welche aus dem Diphtheriepavillon herübergekommene Kinder betrafen, sich auf 8,8 Proc. reduciren, eine noch ziemlich hohe Ziffer, die C. mit der Ueberfüllung des Spitales im Sommer erklären möchte. Bezüglich der Diagnose betont er die Wichtigkeit des Mund-Rachenexanthems, welches, fast stets vorhanden, den wirklichen Scharlach von den scharlachähnlichen Erythemformen unterscheiden lässt. Die Behandlung war hauptsächlich eine hygienische, Milchdiät, Bettruhe, warme Bäder (bei hohem Fieber kalte von 20°), Reinhaltung der zugänglichen Körperhöhlen. In den Fällen von pseudomembranöser Angina wurden 2—3 mal täglich Pinselungen mit antiseptischen Lösungen gemacht; was die secundären Infectionen betrifft, so entstanden bei 67 mit Naphtolkampher (Naphtol β 10,0, Kamphor 20,0, Glycerin 30,0) gepinselten Kindern 8 mal Otitis, 1 Bubo, 1 mal Rheumatismus (= 12 Proc.). Die Pinselung mit Mentholglycerin (1 : 20) war bei 10 Kranken ohne folgende Complication, jene mit 10 Proc. Resorcin (= Glycerin oder Wasser) bei 46 Kindern 4 mal von Otitis (= 8,6 Proc.) gefolgt, bei noch stärkerer Resorcinlösung (20 Proc.) war beinahe in der Hälfte der Fälle (7 unter 16) der Urin schwarz oder grün gefärbt, die 24 stündliche Menge desselben zuweilen vermindert.

Der Friedländer'sche Bacillus bei Pleuritis purulenta.

Nach Siredey sind die Fälle eitriger Pleuritis, wo der Pneumobacillus oder Friedländer'sche Kapselbacillus gefunden wurde, sehr selten und er konnte in der ganzen Literatur nur sieben davon sammeln. In dem Falle, welchen er mit seinem Assistenten Grosjean beobachtete und genauer untersuchte, handelte es sich um eine eitrige Rippenfellentzündung bei einem bis dahin gesunden 60 jähr. Manne, welche nach Bronchopneumonie sich einstellte und

tödtlich endete. Der Kapselbacillus wurde in der Punctionsflüssigkeit in reinem Zustande mit Ausschluss jedes anderen pathogenen Keimes gefunden, ferner im Sputum und bei der Autopsie im Eiter des Brustfells. Die Reinculturen bestätigten die directe bacteriologische Diagnose, weniger als 1 ccm der Culturflüssigkeit (Agar-Agar in steriler Bouillon) in das Peritoneum eines Meerschweinchens injicirt, führte nach 20 Minuten dessen Tod herbei; das Blut des Herzens zeigte genau den typischen, eingekapselten Bacillus Friedländer's. In dem Falle von Siredey blieb die Krankheit auf Lunge und Rippenfell beschränkt, die anderen Organe zeigten weder den Kapselbacillus noch andere pathogene Bacterien; der Tod scheint durch Erschöpfung eingetreten zu sein und der Fall spricht gegen die behauptete Gutartigkeit der durch den Kapselbacillus verursachten Pleuritis.

Rendu beobachtete zwei Fälle von Pleuro-Pneumonie mit dem Friedländer'schen Bacillus, welche beide tödtlich endeten. Sevestre behandelte drei Fälle von Angina mit diesem Bacillus; es trat zwar in allen drei Fällen Heilung ein, aber die Krankheit hat sich ausserordentlich lange hingezogen. St.

Académie de Médecine.

Sitzung vom 16. Februar 1897.

Ueber Eucaïn und Cocaïn.

Nach Reclus ist die Anaesthesie durch Cocaïn etwas weniger vollkommen, weniger lange anhaltend, der Hautschnitt blutet mehr wie bei Eucaïn; aber die Minderwerthigkeit des letzteren ist durch die toxikologischen Untersuchungen von Pouchet dargethan (in Nr. 8 d. Wochenschrift referirt). Derselbe nahm an 48 Thieren verschiedener Arten Experimente vor, wonach das Eucaïn mehr zu fürchten sei; die durch dasselbe hervorgerufenen Zufälle können oft plötzlich, ohne Vorboten sein und könnten so den Tod herbeiführen.

Die Rolle der Milz beim Wechselfieber.

Laveran zeigt in einer sehr originellen Arbeit, dass die Milz eher eine Zufluchtsstätte als ein Zerstörungsort für die Malariaplasmodien sei. Keineswegs sollte man jedoch bei schweren Fällen an die Exstirpation dieses Organes herangehen, sondern höchstens dann, wenn in Folge der hochgradigen Schwellung desselben eine Neigung zu Ektopie besteht.

Septicaemia mucogena.

Babès beschreibt unter diesem Namen eine tödtliche Infectionskrankheit, welche durch geringes Fieber, hochgradige Anaemie, Lähmung des Facialis charakterisirt ist; alle Gefässe und besonders jene der Hirnhäute sind mit einer weissen, schleimigen Masse angefüllt. Die bacteriologische Untersuchung hat in den verschiedenen Organen die Anwesenheit eines «Bacillus septicaemiae mucogenae hominis» gezeigt, welcher, eingekapselt, sehr kurz und auf gewöhnlichem Nährboden gut zu züchten ist. Dieser Bacillus ist zwar pathogen für die Versuchsthiere, verursacht aber bei ihnen nicht die schleimige Umbildung des Blutes. St.

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

West London Medico-Chirurgical Society.

Sitzung vom 5. Februar 1897.

Menopause.

Eine Discussion über die mit dem Eintritt und während der Menopause auftretenden Störungen wurde eröffnet durch Amand Routh. Von den localen Störungen werden zunächst erwähnt die Hyperaesthesien der Vulva. Der Pruritus kann Folge einer reinen Neurose, oder Reflexerscheinung von Seite eines beginnenden Cervixcarcinoms, von Uteruspolypen oder Ovarialerkrankung sein, oder eine Folgeerscheinung von Kraurosis, Ekzemen, Parasiten, Fluor, scharfem Urin, z. B. bei Diabetes, harnsaurer Diathese, Cystitis etc. Alsdann die innerhalb des Beckens vorkommenden klimakterischen Affectionen, welche als Folge der Veränderung in der «internen Secretion» der Ovarien angesprochen werden. Bei Haemorrhagien empfiehlt er, wenn eine Erkrankung der Vagina und des Cervix nicht vorliegt, sofort zu dilatiren und die Ursache der Blutung festzustellen, eventuell vaginale Hysterektomie. Bezüglich der functionellen und constitutionellen Störungen im Klimakterium warnt er vor jedem nicht absolut indicirten localen Eingriff, da der Zustand an und für sich schon mehr als nöthig die ganze Aufmerksamkeit der Frau auf ihre Sexualorgane richte. Die beste Behandlung der Congestionen besteht in combinirter Anwendung von Sedativen, Antispasmodicis und Purgantien.

Ch. Tuke besprach die psychologische Seite der Frage. Die nervösen Störungen rangiren von der erhöhten Reizbarkeit bis zur ausgesprochenen Psychose, in den meisten Fällen mit einer Tendenz zur Melancholie und Depression; selten sind Dementia und allgemeine Paralyse. Die Behandlung besteht in einem Wechsel der Umgebung und der Verhältnisse und körperlicher Kräftigung. H. Campbell bemerkt, dass die nervösen Ausbrüche der Klimakterischen nicht immer genau mit den menstruellen Schwankungen dieser Periode zusammenfallen. Aehnliche Verhältnisse bestehen auch zur Zeit der Pubertät. Was die Häufigkeit der postklimakterisch auftretenden menstruellen Erscheinungen betrifft, so hat er sie in über 100 Fällen, selbst über das 70. Lebensjahr hinaus beobachten können und ist der Ansicht, dass der menstruelle Rythmus beim Weibe das ganze Leben hindurch andauere.

H. Sutherland beobachtete von 100 Psychosen im Klimakterium 67 mal Melancholie, 24 mal Manie, 4 mal Demenz, 3 mal Epilepsie, 2 mal allgemeine Paralyse. Durchschnittlich 40 Proc. kommen zur Heilung. Die Dauer wechselt von 3 Monaten zu 3 Jahren, nach welcher Zeit eine Restitutio nicht mehr zu erwarten ist.

Forbes Ross weist auf die beim männlichen Geschlechte zu derselben Periode nicht selten auftretenden psychischen Störungen hin, die sehr oft auch mit einer Veränderung der Abdominal- bezw. Sexualorgane zusammenhängen.

Mc Clann ist der Ansicht, dass auch transitorische Superinvolution des Uterus eine frühzeitige Menopause mit all' ihren Erscheinungen bedingen kann.

A. M. Moullin endlich bespricht das Symptom der «Dyspareunia» oder «Lupus minimus» als manchmal beobachtete Localerscheinung am Introitus vaginae. F. L.

Royal medical and chirurgical Society.

Sitzung vom 9. Februar 1897.

Typhusbacillen im Urin.

Von verschiedenen Autoren war früher das Auftreten von Typhusbacillen im Urin, sogar schon vom dritten Tage an, als ziemlich häufig angegeben worden. Spätere Untersuchungen ergaben jedoch, dass eine Unterscheidung des Typhusbacillus von anderen ähnlichen Mikroben, speciell dem Bacterium coli commune, das sich häufig im Urin nachweisen lässt, mit den damaligen Methoden nicht möglich war. Horton Smith unterzog nun diese Untersuchungen einer Nachprüfung. Er legte Plattenculturen an sowohl durch directes Auftragen des Urins auf Gelatine, als durch Verimpfung des durch Filtriren durch Chamberland'sche Kerzen erhaltenen Sedimentes. Die Identität der Culturen als Typhusculturen wurde durch ihr charakteristisches Aussehen, speciell die Cilienbildung, durch ihre Reaction gegen Typhusserum, ihr Verhalten in Milch etc. erwiesen. Die Versuche stammten von 7 Fällen, im Ganzen machte er 61 Untersuchungen. Seine Resultate sind folgende: Drei von den sieben Fällen enthielten Typhusbacillen im Urin, stellenweise sogar in enormer Menge. Dieselben fanden sich jedoch erst von der dritten Woche ab, in einem Falle liessen sie sich bis 22 Tage nach dem Temperaturabfall noch nachweisen. Er schliesst also, dass das hiemit erwiesene Vorkommen der Typhusbacillen im Urin zwar für die Diagnose von geringem Vortheil sei wegen ihres verhältnissmässig späten Auftretens, dass aber andererseits damit eine neue Infectionsquelle entdeckt sei, welche Beachtung erfordere. F. L.

Typhus und Nervensystem.

J. Abercombie bespricht das Verhalten des Nervensystems beim Typhus. Er weist auf die manchmal folgenden Psychosen hin und hält eine Unterernährung während des Fieberverlaufes für eine Hauptursache derselben. Herringham glaubt eher, die allgemeine Erschöpfung, welche einer Fieberattaque folge, als den Boden ansprechen zu müssen, auf dem sich die nervösen Störungen entwickeln. Das Auftreten von Schüttelfrösten wird von A. meist auf Reizwirkung vom Darme her zurückgeführt und sind dieselben nicht immer Zeichen einer schweren Complication, Peritonitis oder Perforation, auch durch einfache Obstipation können sie bewirkt werden, in anderen Fällen durch Venenthrombose. Herringham glaubt, dass die Schüttelfröste direct mit den Temperaturschwankungen zusammenhängen und keiner weiteren Ursache bedürfen. Russell Wells ist der Ansicht, dass die beim Typhus gebildeten Toxine speciell deletäre Wirkung auf das Nervensystem ausüben. Eine von Harley behauptete Verwandtschaft des Typhus mit Intermittens in dieser Beziehung wird von Dyce Duckworth widerlegt; er macht auf die hereditäre neurotische Anlage aufmerksam, welche das Auftreten nervöser Symptome, Convulsionen, Psychosen etc. begünstigt. F. L.

Pathological Society Manchester.

Sitzung vom 10. Februar 1897.

Die bacteriologische Diagnose des Typhus.

Delépine verbreitet sich über die Entwickelung und die Frage der Autorschaft der Serumdiagnose. Wenn auch Bordet, Gruber und Durham die Grundlagen der Methode geschaffen, so ist doch die Anwendung der Serumdiagnose auf den Menschen das Verdienst Widal's. Auch Grünbaum wird ein Antheil an der Ausarbeitung der Methode zugeschrieben. D. hat an die 90 Fälle mit der Widal'schen Probe untersucht und kommt zu dem Schlusse, dass bei exacter und vorschriftsmässiger Anwendung derselben die Resultate absolut beweiskräftig seien. F. L.

Pathological Society London.

Sitzung vom 16. Februar 1897.

Die Pilzarten des Herpes tonsurans.

Colcott Fox und Blaxall haben über 400 Fälle von «Ringworm» untersucht und bestätigen im Allgemeinen die Angaben von Sabouraud-Paris. Sie unterscheiden vier verschiedene Pilzarten: Mikrosporon Audouini, Endothrix, Ectothrix (Unterarten des Tricho-

phyton) und eine seltenere Pilzform mit favusähnlichen Culturen. Das Mikrosporon verursachte etwa 90 Proc. aller Fälle. Die Endothrixformen sind grösser als Mikrosporon und finden sich meist in Ketten von Mycelsporen. Makroskopisch bewirken sie entweder ein der Alopecia areata ähnliches Aussehen (la tondante peladoïde nach Sabouraud) oder kreisrunde fleckige Stellen mit kurz abgebrochenen Haarstümpfen. Die Ectothrixformen bilden eine wenig homogene Gruppe, sie schliessen die pyogenen Pilzformen in sich. Die Fortpflanzung der verschiedenen Arten ist im Wesentlichen die gleiche. F. L

Medical Society London.

Sitzung vom 22. Februar 1897.

Der diagnostische Werth des Cystoskops.

Hurry Fenwick behauptet, dass durch cystoskopische Untersuchung mit elektrischem Lichte die Indication zur Nierenexstirpation in den meisten Fällen mit Sicherheit festgestellt werden könne, und indirect dadurch auch die hohe Mortalitätsziffer der Nephrektomie herabgesetzt würde, welche durch die Operation bei Tuberculösen und in vorgeschrittenen Stadien von Neubildungen sehr schlechte Resultate aufweist. Er verfügt über ein Material von 100 Fällen von Nierenoperationen mit 9 Todesfällen, wovon jedoch 4 bereits in extremis zur Operation kamen. Nephrektomie hat er 21 mal ausgeführt mit 2 Todesfällen. Betreffs der Technik des Cystoskopirens erwähnt er, dass der in der Blase befindliche Urin das beste Medium ist und wäscht er die Blase nur aus, wenn der Urin durch Blut oder Eiter getrübt ist. Weiter fordert er, dass unmittelbar auf die cystoskopische Untersuchung sofort die eventuell nöthige Operation folge. Bei Tuberculose der unteren Abschnitte der Harnwege ist jede Operation contraindicirt. Bei jeder profusen Haematurie, jeder schwereren Pyelitis soll, wenn eine Erkrankung der unteren Harnwege ausgeschlossen werden kann, durch das Cystoskop untersucht und die erkrankte Niere bestimmt werden behufs Operation. 5 Fälle von Pyonephrosis calculosa, Nierentuberculose, beginnendem und vorgeschrittenem Nierencarcinom, sowie Zottenkrebs des Nierenbeckens werden näher illustrirt. Bei der Operation selbst empfiehlt er den Lumbarschnitt.

B. Lockwood und Turner haben durch Cystoskopie nachgewiesene tuberculöse Ulcera der Ureterenmündung und der Blase durch Cystotomie suprapubica freigelegt und mit Erfolg ausgekratzt.

Traumatische Neurasthenie.

Victor Horsley ist der Ansicht, dass ein essentieller Unterschied zwischen der gewöhnlichen und der sogenannten traumatischen Neurasthenie nicht bestehe. Folgt eine Besprechung der einzelnen Symptome, von denen besonders die allgemeine Parese, die localisirten Paralysen, diese meist in der Form von Hemiplegien, gewöhnlich der linken Unterextremität, Verziehung der Zunge nach der paralytischen Seite, Asthenopie und die subjectiven Gefühlsstörungen hervorgehoben werden. Die oberflächlichen Reflexe werden erst gesteigert, später herabgesetzt, die tieferen fehlen meist, Fussclonus ist fast stets vorhanden. Die Schmerzpunkte betreffen mit Vorliebe gewisse Stellen, so z. B. die von dem hinteren Zweige des zweiten Cervical- und sechsten Dorsalnerven versorgten Partien, die Dorsolumbargegend etc. Auch die Urinmenge ist vermehrt und der Salzgehalt derselben herabgesetzt. Die Erklärung dieser verschiedenartigen Symptome sucht er in einer Störung der Functionen des Centralnervensystems und er glaubt, dass nach seinen Erfahrungen, einzig die Weir Mitchell'sche Cur im Stande ist, die schweren Fälle dieser Art zu bessern. Leichtere Fälle genesen ja meist von selbst, bleiben aber selbst nach langen freien Intervallen noch sehr geneigt zu Rückfällen.

Spencer Watson will vor Allem die objectiven und subjectiven Symptome in Bezug auf ihre Bedeutung streng auseinandergehalten wissen. Er glaubt, dass das Trauma in diesen Fällen nur die den Ausbruch veranlassende oder beschleunigende Ursache bei bereits bestehender Disposition zur Neurasthenie sei.

Churton-Leeds erwähnt als hiehergehörig die unter dem Namen «miner's neurosis» bekannte Form traumatischer Neurasthenie, die sich bei Bergleuten, die häufigen Insulten des Kopfes und Rückenmarkes ausgesetzt sind, entwickelt. F. L.

69. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte

zu Braunschweig 20.—25. September 1897.

Die Zeit für die 69. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Braunschweig ist, nachdem der Vorstand der Gesellschaft seine Zustimmung dazu ertheilt hat, endgiltig auf die Tage vom 20.—25. September 1897 mit einer Vorversammlung am 19. Septbr. festgesetzt.

Es werden 33 wissenschaftliche Abtheilungen gebildet werden (gegenüber 30 Abtheilungen in Frankfurt a. M. 1896). Die 3 neuen Abtheilungen sind:

1) **Abtheilung für Anthropologie und Ethnologie,** die in Frankfurt mit Geographie vereinigt war und nunmehr wieder abgetrennt wird

2) **Abtheilung für Geodaesie und Karthographie,** die zuletzt in Wien 1894 bestanden hat und

3) **Abtheilung für wissenschaftliche Photographie,** die ganz neu gebildet wird und wohl, als durchaus zeitgemäss, zur ständigen Einrichtung werden dürfte.

Die Nahrungsmittel-Untersuchung, die zuletzt mit der Hygiene verbunden war, wird in der Abtheilung für Agricultur-Chemie berücksichtigt werden.

Für Mittwoch, den 22. September wird vorläufig eine gemeinsame Sitzung der naturwissenschaftlichen Abtheilungen unter Betheiligung eines Theiles der medicinischen geplant.

Verschiedenes.

v. Pettenkofer's Auszeichnung durch die Harben-Medaille. Die Märznummer des «Journal of State Medicine», officielles Organ des «British Institute of public health», bringt den Brief Lord Playfair's vom 31. December v. J. an M. v. Pettenkofer, worin Playfair als Vorsitzender des mit Verleihung der «Harben-Goldmedaille» betrauten Comités des British Institute die Ertheilung der Auszeichnung ankündigt. Im verflossenen Jahre sei dieselbe zum ersten Male ertheilt worden und zwar an den allverehrten Sir John Simon, der so viele Jahre lang die Stelle des obersten Sanitätsbeamten in England bekleidete. Der Brief erwähnt dann der Verdienste Pettenkofer's, constatirt die einstimmige Annahme des Vorschlages der Ehrung im Schosse des British Institute und spricht schliesslich die bestimmte Erwartung aus, dass v. Pettenkofer selbst in London, wo man ihn auf's Wärmste empfangen werde, persönlich die Medaille entgegennehmen möge — wozu, wie wir erfahren, in der That gegründete Aussicht besteht.

Es folgt dann das Antwortschreiben v. Pettenkofer's an Lord Playfair, worin Pettenkofer die Annahme erklärt und versichert, seine Freude sei besonders gross, weil John Simon, den er in manchen Dingen als seinen verehrten Lehrer betrachte, sein Vorgänger in der Harben-Medaille geworden sei. Hierauf bringt das Journal eine Biographie Pettenkofer's mit einem wohlgelungenen Portrait, aus der wir mit Uebergehung der bekannteren Einzelheiten nur die Schlusssätze anführen wollen, weil es interessant ist, die Verdienste eines Landsmannes in fremder Beleuchtung zu erblicken, doppelt interessant, wenn dies bei einem Hygieniker in englischer geschieht. Es heisst da:

«Der Einfluss Pettenkofer's auf sein eigenes Land war ein ausserordentlicher. Die Durchführung sanitärer Reformen, die Schaffung eines Sanitätsdienstes, die Errichtung von Lehrstühlen für Hygiene, die Erbauung des Münchener Hygienischen Instituts (1872—78), dessen Vorstand er wurde, Alles dies ist direct sein Werk. Aber sein Einfluss machte sich in ganz Europa fühlbar. Seine Vorlesungen versammelten Schüler aus allen Theilen der civilisirten Welt und sein Unterricht übte so einen Einfluss auf die Gegenstände und Methoden der Untersuchung, der vielfach in der wissenschaftlichen Hygiene für die Dauer grundlegend geworden ist. Es war nur natürlich, dass vielfach Versuche gemacht wurden, ihn zur Aufgabe seines Lehrstuhles und zur Uebersiedlung in glänzendere Verhältnisse zu veranlassen. Bekannt sind namentlich die Berufung nach Wien 1872 auf den Lehrstuhl der Hygiene an der Wiener Universität und 1876 die Berufung als erster Director des kaiserl. Gesundheitsamtes in Berlin. Alle diese Verlockungen konnten ihn jedoch seinem Werk in München nicht entziehen, und, geehrt in allen Theilen der Welt, ist er beständig der Prophet seines eigenen Landes geblieben..... Es wäre unmöglich, in einer kurzen Notiz auch nur einen kleinen Theil seiner Arbeiten zu erwähnen. Seine Untersuchungen über die Friedhöfe von Basel 1863, die Canalisation von Frankfurt 1870, seine Studien über die Ventilation in Paris und die Canalisationsanlage in London sind nur vereinzelte Punkte aus Arbeiten, denen er sich dauernd gewidmet hatte. Beim Ueberblicken seiner Leistungen wird man durch die glänzende Vielseitigkeit in Erstaunen gesetzt, die er bewies, und durch die individuelle Eigenthümlichkeit seiner Leistungen. Sein Hauptanspruch auf die Verehrung von Seite der Hygieniker, überhaupt der Vertreter des Sanitätswesens, liegt übrigens weniger in seinen persönlichen Leistungen, als vielmehr in dem, was er Andere zu leisten in den Stand gesetzt hat. Er ist der Begründer der wissenschaftlichen experimentellen Hygiene. Die hygienische Praxis muss sich immer auf Resultate stützen können, die entweder direct oder indirect durch Laboratoriumsversuche festgestellt sind. Zu diesen Resultaten tragen verschiedene Wissenschaften bei. Aber, insoweit es eine besondere Wissenschaft der Hygiene gibt, so ist ihre Aufgabe, nicht das zu erforschen, was im Laboratorium sich ereignet, sondern im wirklichen Leben. Es ist wohl Pettenkofer's grösster Ruhmestitel, dass es ihm gelang, die Welt von der Nothwendigkeit und dem Werth exacter, systematischer und continuirlicher Beobachtungen und Messungen solcher Erscheinungen und Grössen zu überzeugen.»

Prüfung für Sanitätsinspectoren in England. Die Märznummer des «Journal of State Medicine» enthält eine Ausschreibung, wonach am 28., 29. und 30. April Prüfungen für Sanitätsinspectoren beim British Institute of public health abgehalten werden. Aus den Vorbedingungen sei erwähnt, dass die Candidaten mindestens 21 Jahre alt sein, eine Vorprüfung oder eine äquivalente Prüfung zurückgelegt haben und ferner eine gewisse praktische Schulung durchgemacht haben müssen. — Wie lange mag es noch

dauern, bis in Deutschland einmal solche Prüfungen abgehalten werden!

Wirkungen der Röntgen-Strahlen auf die Haut. Prof. Weymouth Reid beschreibt im Scottih med. and. surg. Journal, Febr. eine intensive Dermatitis an Brust und Bauch, die an ihm selbst nach 2maliger Einwirkung der Röntgen-Strahlen von je 20, resp. 40 Minuten langer Dauer aufgetreten war: Röthung der Haut, Blasenbildung, Abschälung der Epidermis; Heilung nach 23 Tagen. Dr. Gilchrist veröffentlicht im Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, Febr., einen ähnlichen Fall von Dermatitis der Hand, nach oft wiederholter, langdauernder Exponirung aufgetreten, der sich noch dadurch auszeichnete, dass heftige Schmerzen bestanden und dass die Aktinogramme eine beträchtliche Verdickung der Phalangen und Metacarpalknochen erkennen liessen. Die beigegebene Photographie der Hand zeigt das Bild einer schweren Verbrennung zweiten Grades. Die Arbeit ist noch dadurch werthvoll, dass ihr eine tabellarische Zusammenstellung der bis dahin in der Literatur bekannten 23 Fälle von Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die Haut beigefügt ist.

Galerie hervorragender Aerzte und Naturforscher. Der heutigen Nummer liegt das 67. Blatt der Galerie bei: Karl Ewald Hasse. S. die biographische Skizze auf Seite 282.

Therapeutische Notizen.

Jodothyrin in der Kinderpraxis. Bei Versuchen, die von Dr. Fr. Lanz an der Grazer Kinderklinik angestellt wurden, bewährte sich das Jodothyrin bei parenchymatösen Strumen als ein prompt wirkendes Mittel. Eine günstige Wirkung zeigte sich ferner bei scrophulösen Drüsenschwellungen und in einem Falle von Myxoedem. Die Dosis betrug in allen Fällen 0,3 g Thyrojodin 2mal täglich. (Therap. Woch. No 11.)

Künstliches Diphtherie-Antitoxin. Smirnow (Arch. des Scienc. biolog. St. Petersburg, IV. 5) hat, ausgehend von der Idee, dass, nachdem alle organischen physiologischen Processe im Grunde Oxydations- oder Reductionsprocesse sind und andererseits die Bacterien in den Culturmedien dieselben Processe hervorrufen, durch einfache chemische Processe aus normalem Serum ein heilkräftiges Serum erzeugt werden könne, zunächst an gewöhnlichem Serum elektrolytische Versuche angestellt. Als diese nicht zum Ziele führten, nahm er Diphtherieserum und diphtherietoxinhaltige Bouillon, durch die in passenden Apparaten ein Strom von 45 Milliampères 7 Stunden lang durchgeleitet wurde; das aus dem Na Cl freiwerdende Cl verbindet sich mit den Peptonen der Bouillon, durch Zusatz von KOH am positiven Pol und Vertauschung der Kohlenelektrode mit einer silbernen wird das Cl dann an das Ag gebracht. Nach weiteren 5—6 Stunden wird ein Theil der am positiven Pol befindlichen Flüssigkeit abgehebert, von Ag befreit und filtrirt. Das so erhaltene Antitoxin ist alkalisch und so stark, dass 0,5—1,0 ccm davon genügen, ein Meerschweinchen in 16—18 Stunden von den Folgen einer Einspritzung einer virulenten Cultur, welche ein Controlthier in 30 Stunden tödtet, zu heilen. Die Vortheile dieses künstlichen Antitoxins sind seine Unschädlichkeit und Giftfreiheit, die rasche Herstellungsmöglichkeit und bedeutend grössere Billigkeit, während der Heileffect in den früheren Stadien der Diphtherie gleich, in späteren dagegen grösser ist als der des natürlichen Heilserums. S. zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse: Antitoxin ist oxydirtes Toxin, der elektrische Strom producirt eigentlich keine Antitoxine, sondern dieselben resultiren aus der Wirkung und Reaction der in der Diphtheriecultur enthaltenen organischen Substanzen und den Producten der Elektrolyse. S. gedenkt diese Versuche auch auf die Tuberculose auszudehnen. F. L.

Eucaïn: G. W. Spencer (Univ. Med. Mag. Philadelphia XI. 1896) hatte das Eucaïn hydrochlor. als locales Anaestheticum in 20 Fällen bei kleineren Operationen (eingewachsener Nagel, Abscesse, Epitheliom der Nase, Atherome etc.) angewendet und zwar in 5proc. Lösung äusserlich und subcutan. Eintritt der vollkommenen Anaesthesie durchschnittlich in 3—5 Minuten. Seine Vorzüge sind die verhältnissmässig rasche, sichere und anhaltende Wirkung, der Ausschluss übler Folgeerscheinungen und die Möglichkeit der Sterilisation.

Legueu (Méd. Mod. 28. Oct. 1896) wendet ebenfalls seit sechs Monaten das Eucaïn statt des Cocaïns an in einer Stärke von 1:100 subcutan 8—10 ccm, und 100—200 g einer Lösung von 1:500 zum Einspritzen in die Blase. Der einzige Nachtheil ist die durch dasselbe bewirkte locale Congestion. Thierversuche ergaben ihm eine geringere Toxicität als beim Cocaïn.

L. S. Somers (Therap. Gaz. 15. Jan. 1897) versuchte das Eucaïn (4 Proc.) als Anaestheticum bei der Cauterisation der Nasenmuscheln. Die congestive Wirkung des Eucaïns ist hier von Nachtheil, auch beobachtete er ein gegenüber dem Cocaïn verspätetes Eintreten der Anaesthesie. Er schlägt die Anwendung einer Lösung von Cocaïn und Eucaïn ää vor.

J. S. Gibb (Philadelphia Polyclinic 23. Jan. 1897) dagegen hat das Eucaïn für Operationen im Nasenrachenraum sehr zweckdienlich gefunden und zieht es speciell bei Pharynxaffectionen dem Cocaïn vor. F. L.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 16. März. Im Deutschen Reiche sind im Prüfungsjahre 1895/96 1374 Candidaten und Doctoren der Heilkunde als Aerzte approbirt worden. Davon entfielen auf die Prüfungscommissionen in Preussen 604, in Bayern 390, die Prüfungscommission in Leipzig 133, in Tübingen 36, die Commissionen in Heidelberg und Freiburg 91, die Commission in Giessen 21, in Rostock 16, in Jena 40 und in Strassburg 43. Auf Grund der Berufung zum ordentlichen Professor in Königsberg erhielt der in Wien zum Arzt ausgebildete Chirurg Anton v. Eiselsberg ohne weiteres die Approbation als Arzt. Die Approbation als Zahnarzt wurde 124mal vergeben.

— Die sechste Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft wird in diesem Jahre am 4. und 5. Juni in Dresden stattfinden. Vorträge oder Demonstrationen sind bis zum 20. April d. J. bei Prof. Dr. Bürkner in Göttingen anzumelden.

— In der Sitzung der Hufeland'schen Gesellschaft vom 25. Februar zeigte Herr Mankiewicz einen in der Leiche gefundenen Nierenstein, Herr Mendelsohn hielt den angekündigten Vortrag über die interne Behandlung der Nierensteinkrankheit, Herr Neumann sprach über ein Uebermaass in der Säuglingsbehandlung.

— Dem Ohrenarzte Dr. Stacke in Erfurt ist das Prädikat «Professor» beigelegt worden.

— In der 8. Jahreswoche, vom 21. bis 27. Februar 1897, hatten von deutschen Städten über 40000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Elbing mit 34,2, die geringste Sterblichkeit Bielefeld mit 8,3 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Fürth.

— Das im Auftrage des preussischen Cultusministers herausgegebene «Klinische Jahrbuch» erfährt mit diesem Jahre eine Umwandlung. Der Verlag ist von J. Springer-Berlin an G. Fischer-Jena übergegangen. An Stelle des Professors Guttstadt besorgen unter Mitwirkung der Geh. Räthe Skrzeczka und Naumann die Professoren Flügge und v. Mering die Herausgabe. Das Jahrbuch erscheint nicht mehr in ganzen Bänden, sondern nach Bedarf in einzeln käuflichen Heften. Gegenüber der Statistik werden in Zukunft die wissenschaftlichen Abhandlungen einen breiteren Raum einnehmen; das Jahrbuch wird ausserdem als Organ für die Veröffentlichungen der preussischen Medicinalverwaltung dienen. Das 1. Heft dieser neuen Folge (der ganzen Reihe VI. Bd., 1. Heft) enthält: Die Kostordnung der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Halle-Wittenberg von E. und Ed. Hitzig.

— Von J. Schwalbe's Jahrbuch der praktischen Medicin, das von diesem Jahre ab zur schnelleren Berichterstattung in Lieferungen ausgegeben wird, ist bereits die erste Lieferung — enthaltend Allgemeine Pathologie, Bacteriologie, Pathologische Anatomie, Krankheiten des Nervensystems, Psychiatrie, Krankheiten der Athmungsorgane — erschienen (Preis 3 Mark). Das ganze Werk wird in 4—5 Lieferungen — Schluss Mitte April — zur Ausgabe gelangen. Als Mitarbeiter wirken an dem Jahrbuch Prof. Ribbert, Prof. Fürbringer, Prof. Seeligmüller, Prof. Horstmann, Prof. Loebisch, Prof. Rosenheim, Prof. Strassmann, Prof. Gärtner, Prof. Jurasz u. A.

— Von der Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften für praktische Aerzte und Specialärzte, herausgegeben von A. Drasche, redigirt von J. Weiss und A. Brestowski (Verlag von K. Prochaska, Teschen) sind uns weiter zugegangen die Lieferungen 117—127. Das umfangreiche Werk wird mit 200 Lieferungen abgeschlossen sein.

— Zu Bruglocher's Gesetz- und Verordnungs-Sammlung für praktische Aerzte im Königreich Bayern ist ein Ergänzungsbändchen erschienen, enthaltend die Nachträge und Veränderungen aus den Jahren 1893—1896. (Preis M. 1,50.)

(Universitätsnachrichten.) **Berlin.** Prof. v. Kries hat nach längeren Verhandlungen den Ruf als Nachfolger du Bois Reymond's abgelehnt. Eine Berufung des an 3. Stelle von der Facultät vorgeschlagenen Prof. H. Munk scheint Seitens des Ministeriums nicht beabsichtigt zu sein, vielmehr erhält sich das Gerücht, dass Professor Rubner die Hygiene-Professur mit derjenigen für Physiologie vertauschen werde. Dr. Paul Strassmann, Assistent der Frauenklinik der Charité hat sich als Privatdocent für Gynäkologie habilitirt. — **Erlangen.** Die von der Tagespresse gebrachte Meldung von der Berufung der Privatdocenten der Hygiene Stabsarzt Dr. Heim als Extraordinarius an die hiesige Universität ist verfrüht und darauf zurückzuführen, dass an Dr. Heim eine diesbezügliche Anfrage Seitens des Staatsministeriums ergangen ist. — **Halle.** Dr. Sobernheim, Assistent am hygienischen Institut, habilitirte sich als Privatdocent für Hygiene. — **Heidelberg.** Geheimrat Kühne (Physiologie) hat das Commandeurkreuz I. Classe des Ordens vom Zähringer Löwen erhalten. — **Marburg.** Der bisherige Privatdocent, Sanitätsrath Professor Dr. v. Heusinger ist zum ausserordentlichen Professor in der medicinischen Facultät ernannt worden. — **Würzburg.** Am 8. ds. habilitirte sich in der medicinischen Facultät der 1. Assistent am pathologischen Institut Herr Dr. med. Max Borst für Pathologie. Seine Habilitationsschrift lautet: «Die Endothelien bei der acuten und chronischen Entzündung und beim Wachsthum der Geschwülste.» Dem Geheimrath v. Kölliker wurde anlässlich des Geburtstages des Prinzregenten das Prädicat «Excellenz» verliehen.

Krakau. Der Privatdocent an der hiesigen Universität Dr. Ladislaus Szymonowicz wurde zum a. o. Professor der Histologie und Embryologie an der Universität in Lemberg ernannt.

(Todesfall). Professor Dr. Ludwig Holländer, Vorsteher der zahnärztlichen Poliklinik der Universität Halle a. S. ist am 12. März gestorben. — In Stettin starb Sanitätsrath Dr. Brand, der Begründer der Kaltwasser-Behandlung des Typhus. Nekrolog folgt.

(Berichtigung.) In vor. Nummer ist auf S. 247, Sp. 2, Z. 29 v. u. (Arbeit Grote) statt «neben den heterogensten Organen» zu zu lesen: «über den heterogensten Organen»; derselbe Druckfehler findet sich mehrmals auf S. 248, Sp. 1.

Ferner ist in der Arbeit Teschemacher zu berichtigen: S. 251, Sp. 2, Z. 19 v. u.: «mich» statt «auch»; S. 252, Sp. 1, Z. 10 v. u.: «Lenné» statt Senno; ebenda Sp. 2, Z. 26 v. u.: «$^1/_2$—1 Stunde» statt «$1^1/_2$—1 Stunde».

Wir bemerken bei dieser Gelegenheit, dass der Druck unseres Blattes Montag Vormittags beginnt. Bis dahin nicht eingetroffene Correcturen können in der Regel nicht mehr berücksichtigt werden.

Personalnachrichten.

Bayern.

Verzogen: Dr. L. Lochner von Waidhaus, B.-A. Vohenstrauss, nach Schlehdorf; Dr. Heinrich Rockmann von Königstein, B.-A. Sulzbach, nach Waidhaus, B.-A. Vohenstrauss, Oberpfalz.

Befördert: Unterarzt Dr. Emil Becker des 2. Ulanen-Reg. zum Assistenzarzt 2. Klasse in diesem Truppentheil; der Unterarzt der Reserve Dr. Georg Bräutigam (Nürnberg) zum Assistenzarzt 2. Classe der Reserve.

Abschied bewilligt: Dem Assistenzarzt 1. Classe der Landwehr 1. Aufgebots Michael Wolff (Würzburg) mit der Erlaubniss zum Tragen der Uniform mit den für Verabschiedete vorgeschriebenen Abzeichen.

Gestorben: Assistenzarzt 1. Klasse der Reserve Dr. Paul Säuberlich (Hof) am 15. Februar zu Gleiwitz in Schlesien, Königreich Preussen.

Generalrapport über die Kranken der k. bayer. Armee

für den Monat Januar 1897.

1) Bestand am 31. Dezember 1896 bei einer Kopfstärke des Heeres von 64654 Mann, 203 Kadetten, 15 Invaliden, 1365 Mann, — Kadetten und 1 Invaliden.

2) Zugang: im Lazareth 1944 Mann, 5 Kadetten, — Invaliden; im Revier 5376 Mann, 22 Kadetten, 1 Invaliden, Summe 7320 Mann, 27 Kadetten, 1 Invaliden. Mithin Summe des Bestandes und Zuganges 8685 Mann, 27 Kadetten, 2 Invaliden, vom Tausend der Iststärke 134,33 Mann, 133,00 Kadetten und 133,33 Invaliden.

3) Abgang: geheilt 6129 Mann, 25 Kadetten, 1 Invaliden; gestorben 8 Mann, — Kadetten, — Invaliden; invalide 23 Mann; dienstunbrauchbar 56 Mann; anderweitig 115 Mann, — Kadetten, — Invaliden; Summa: 6331 Mann, 25 Kadetten 1 Invaliden.

4) Hiernach sind geheilt 755,84 von 1000 der Kranken der Armee, 925,92 von 1000 der erkrankten Kadetten und 500,00 von 1000 der erkrankten Invaliden; gestorben 0,92 von 1000 der Kranken der Armee, — von 1000 der erkrankten Kadetten und — von 1000 der erkrankten Invaliden.

5) Mithin Bestand am 31. Januar 1897: 2354 Mann, 2 Kadetten und 1 Invaliden; vom Tausend der Iststärke 36,40 Mann, 9,85 Kadetten und 200,00 Invaliden. Von diesem Krankenstande befanden sich im Lazareth 1539 Mann, — Kadetten und — Invaliden; im Revier 815 Mann, 2 Kadetten, 1 Invaliden.

Von den in Garnisonslazarethen Gestorbenen haben gelitten an: Pyaemie 1, Lungentuberculose 2, bösartiger Geschwulst (Fibro-Sarkom am Mastdarm) 1, Brustfellentzündung 1, Herzmuskelentartung 1, Herzklappenentzündung 1, Blinddarmentzündung 1. Ferner starb noch 1 Mann im Urlaub an Magenblutung und endeten 4 durch Selbstmord (3 Erschiessen, 1 Ertränken).

Der Gesammtverlust der Armee im Monat Januar 1897 beträgt somit 13 Mann.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 9. **Jahreswoche** vom 28. Februar bis 6. März 1897.

Betheil. Aerzte 400. — Brechdurchfall 18 (9), Diphtherie, Croup 50 (36), Erysipelas 11 (15), Intermittens, Neuralgia interm. 2 (1), Kindbettfieber 3 (4), Meningitis cerebrospin. 1 (—). Morbilli 49 (66), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 3 (2), Parotitis epidemica 5 (8), Pneumonia crouposa 29 (23), Pyaemie, Septicaemie 1 (1), Rheumatismus art. ac. 28 (37), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 34 (25), Tussis convulsiva 8 (17), Typhus abdominalis — (—), Varicellen 18 (18), Variola, Variolois — (—). Summa 260 (262). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 9. Jahreswoche vom 28. Februar bis 6. März 1897.

Bevölkerungszahl: 418 000.

Todesursachen: Masern 2 (2*), Scharlach — (—), Diphtherie und Croup 5 (1), Rothlauf — (1), Kindbettfieber 1 (1), Blutvergiftung (Pyaemie) 2 (—), Brechdurchfall 1 (2), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten 4 (2), Croupöse Lungenentzündung 1 (2), Tuberculose a) der Lungen 33 (22), b) der übrigen Organe 8 (5), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 1 (1), Unglücksfälle 4 (—), Selbstmord 2 (2), Tod durch fremde Hand — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 201 (165), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 25,0 (20,5), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 17,4 (12,8), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 16,1 (12,5).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Morbiditäts-Statistik der Infections-Krankheiten im Königreiche Bayern im Jahre 1896.*)

a) Nach Regierungsbezirken.

Regierungs-bezirke	Brech-durchfall	Diphtherie, Croup	Erysipelas	Intermittens, Neur. interm.	Kindbettfieber	Meningitis cerebrospin.	Morbilli	Ophthal. Blenn. neonator.	Parotitis epidemica	Pneumonia crouposa	Pyaemie, Septicaemie	Rheumatismus art. ac.	Ruhr (dysenteria)	Scarlatina	Tussis convulsiva	Typhus abdominalis	Varicellen	Variola, Variolois	Summe	Berichtende Aerzte	Zahl der Aerzte überhaupt	Bevölkerung 1895
Oberbayern	3 042	2 873	1 543	469	185	43	3 305	452	729	2 891	66	2 870	24	1 851	2 619	150	1 183	—	24 295	501	728	1 186 950
Niederbayern	925	540	438	193	57	22	257	24	127	1 857	38	815	37	293	285	110	105	—	6 123	92	178	673 523
Pfalz	1 290	1 717	448	76	83	15	1 891	23	44	2 281	10	708	10	574	849	271	195	—	10 485	107	251	765 991
Oberpfalz	934	661	382	157	35	7	79	28	338	2 002	31	650	5	285	687	119	216	1	6 617	92	137	546 834
Oberfranken	728	1 086	416	101	58	17	562	27	106	2 338	15	602	20	213	756	68	194	—	7 307	101	174	586 061
Mittelfranken	1 886	2 016	741	204	93	29	1 010	33	100	3 682	40	1 531	9	740	1 698	98	671	—	14 581	241	298	737 181
Unterfranken	770	1 354	361	30	46	14	2 099	9	107	2 233	10	536	3	186	446	146	202	—	8 552	134	284	632 588
Schwaben	1 595	1 723	690	159	82	39	1 555	96	171	2 764	52	1 253	3	466	1 700	142	304	—	12 794	215	263	689 416
Königreich	11 170	11 970	5 019	1 389	639	186	10 758	692	1 722	20 048	262	8 965	111	4 608	9 040	1 104	3 070	1	90 754	1 483	2 313	5 818 544

b) Nach jahreszeitlichem Auftreten.

	Brech-durchfall	Diphtherie, Croup	Erysipelas	Intermittens, Neur. interm.	Kindbettfieber	Meningitis cerebrospin.	Morbilli	Ophthal. Blenn. neonator.	Parotitis epidemica	Pneumonia crouposa	Pyaemie, Septicaemie	Rheumatismus art. ac.	Ruhr (dysenteria)	Scarlatina	Tussis convulsiva	Typhus abdominalis	Varicellen	Variola, Variolois	Summe	
Januar	385	1 719	554	143	74	14	1 484	62	217	1 856	27	1 012	6	547	486	102	570	—	9 258	
Februar	391	1 415	476	134	67	15	891	45	263	2 307	17	920	12	414	439	69	323	—	8 188	
März	428	1 281	563	139	66	23	809	60	231	2 753	26	1 023	9	428	586	76	273	1	8 775	
April	508	1 002	517	161	61	26	727	60	178	2 567	22	1 089	7	429	734	83	198	—	8 369	
Mai	657	782	447	166	70	24	733	53	122	2 729	26	829	10	350	783	89	167	—	8 037	
Juni	1 355	662	418	106	35	13	627	64	129	1 435	15	764	8	306	909	80	154	—	7 080	
Juli	2 036	680	317	86	48	21	825	66	110	971	28	567	14	376	952	67	126	—	7 290	
August	1 775	557	300	64	40	14	527	62	45	638	20	450	19	274	927	102	102	—	5 916	
September	1 580	675	322	83	44	14	480	64	32	636	21	472	13	251	677	144	95	—	5 603	
October	1 016	913	349	91	44	6	902	49	53	921	18	494	6	358	805	112	185	—	6 322	
November	582	1 096	355	101	49	8	1 184	56	131	1 468	19	602	4	411	875	104	369	—	7 414	
Dezember	457	1 188	401	115	51	8	1 569	51	211	1 767	23	743	3	464	867	76	508	—	8 502	
Summe	11 170	11 970	5 019	1 389	639	186	10 758	692	1 722	20 048	262	8 965	111	4 608	9 040	1 104	3 070	1	90 754	
Winter	1 233	4 322	1 431	392	182	37	3 944	158	691	5 930	67	2 675	21	1 425	1 792	247	1 401	—	25 948	December, Jan., Febr.
Frühling	1 593	3 065	1 527	466	197	73	2 269	173	531	8 049	74	2 941	26	1 207	2 103	248	638	1	25 181	März, April, Mai
Sommer	5 166	1 899	1 035	256	123	48	1 979	192	284	3 044	63	1 781	41	956	2 788	249	382	—	20 286	Juni, Juli, August
Herbst	3 178	2 684	1 026	275	137	28	2 566	169	216	3 025	58	1 568	23	1 020	2 357	360	649	—	19 339	Sept., Oct., November.

*) Zusammenstellung der von den Amts- und praktischen Aerzten monatlich angezeigten ärztlich behandelten Erkrankungsfälle mit Berücksichtigung von Nachträgen und bezw. Berichtigungen, welche wegen verspäteter Anmeldung in den Monatsübersichten keine Aufnahme mehr finden konnten.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.